

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE N° 136

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 11 janvier 1899, à 1 heure.

Par ANTOINE ENARD

Né à Bar-le-Duc, le 15 mars 1874

Interne à l'asile d'aliénés de Fains (Meuse)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

DÉLIRES MULTIPLES

SUCCESSIFS OU COEXISTANTS

Président : M. JOFFROY, professeur.

*Juges : MM. TILLAUX, professeur.
GILLES de la TOURETTE et LEGUEU, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

136

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

— THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 11 janvier 1899, à 1 heure.

Par ANTOINE ENARD

Né à Bar-le-Duc, le 15 mars 1874

Interne à l'asile d'aliénés de Fains (Meuse).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

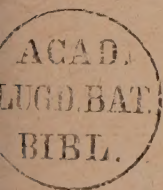
DÉLIRES MULTIPLES

SUCCESSIFS OU COEXISTANTS

Président : M. JOFFROY, professeur.

*Juges : } MM. TILLAUX, professeur.
GILLES de la TOURETTE et LEGUEU, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

—
1899

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	Professeurs	M. BROUARDEL
		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale.		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.		DEBOVE.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.
Histologie.		CORNIL.
Opérations et appareils.		MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie.		TERRIER.
Thérapeutique.		POUCHET.
Hygiène.		LANDOUZY
Médecine légale.		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.		LABOULBENE.
		CHANTEMESSE.
		POTAIN.
Clinique médicale.		JACCOUD.
		HAYEM.
Maladie des enfants.		DIEULAFOY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.		
		JOFFROY.
		RAYMOND.
Clinique chirurgicale.		DUPLAY.
		LE DENTU
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.		BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.		PANAS.
Clinique d'accouchements.		GUYON.
		PINARD.
		BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (Aug.)	GILLES DE LA	MENEPIER	WALLICH
BROCA (André)	TOURETTE	MERY	WALTHER
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
PIERRE DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERRY	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A TOUS MES PARENTS ET A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR JOFFROY

Professeur de clinique de pathologie mentale et des maladies de
l'encéphale à la Faculté de médecine.

Médecin de l'Asile Sainte-Anne
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Pendant notre stage à l'asile de Fains, nous avons eu la bonne fortune d'observer plusieurs cas de délires multiples.

L'intérêt qu'ils nous parurent présenter nous fit rechercher autour de nous, à l'Asile, et aussi dans les auteurs, des observations semblables pour en faire le sujet de notre thèse. Après un examen minutieux des mémoires et recueils de sociétés savantes, et des publications périodiques, nous avons pu recueillir un certain nombre de cas de ce genre. Nous rappellerons les principaux au cours de ce modeste travail.

Nous sommes heureux qu'un usage ancien nous permette de remercier tous ceux qui nous ont aidé de leurs conseils et de leur expérience, pendant le cours de nos études médicales. A tous nos maîtres dans les Hôpitaux et à la Faculté de Paris, surtout à MM. Duplay, Dieulafoy, Grancher, Blum et Merklen, nous adressons l'hommage de notre profonde gratitude et de notre reconnaissance.

Nous l'adressons spécialement à M. le Docteur Ficatier, de Bar-le-Duc, qui nous a donné libre accès auprès de ses malades des hôpitaux, et ne nous a jamais ménagé ses conseils.

Nous l'adressons à M. le Docteur Buvelot, de Condé-en-

Barrois (Meuse), qui nous a donné un témoignage de sa bienveillance que nous n'oublierons pas.

Nous l'adressons aussi à M. le Docteur Gallopain, l'excellent directeur-médecin de l'asile de Fains, et à Monsieur le Docteur Levet, médecin adjoint. Tous deux nous ont souvent enseigné, sous une forme familière et pratique au cours de nos visites quotidiennes, les notions essentielles de la pathologie mentale.

Que M. le Professeur Joffroy, notre président de thèse, veuille bien recevoir tous nos remerciements pour la bienveillance particulière qu'il nous a témoignée. Ses conseils et son obligeance, pendant l'exécution de ce travail, nous ont été des plus précieux.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES DÉLIRES MULTIPLES

Successifs ou coexistants

Le délire, considéré d'une manière générale, se présente sous deux formes principales : tantôt il est généralisé, tantôt il est plus ou moins coordonné.

La première forme ne nous montre que désordre et confusion ; les sensations, les idées, les images se présentent à l'esprit du malade sans ordre et sans liaisons.

Dans le second cas au contraire, le délire est plus ou moins organisé. On l'a désigné sous le nom de délire partiel, systématisé. C'est dans ce cas que le malade « peut conserver, au moins en apparence, en dehors du cercle limité de ses idées délirantes, l'intégrité plus ou moins complète des autres facultés » (H. Dagonet).

Il faut encore distinguer un autre groupe de faits dans lesquels le délire n'est pas absolument généralisé, permet quelques conceptions et quelques actes lucides, mais porte cependant sur une foule d'idées de divers ordres, est incohérent et diffus. Le délire est alors polymorphe,

parce qu'il traduit des hallucinations, qui elles-mêmes se succèdent sans se ressembler ; cette forme de délire diffus se rencontre fréquemment chez les dégénérés héréditaires et aussi chez certains alcooliques et dans le délire des hystériques.

Chose remarquable, on observe assez fréquemment le passage, la transformation d'un délire dans un autre, ou bien l'association chez le même individu, au même moment, des délires les plus différents en apparence et les plus contradictoires.

Il y a des types essentiels de l'aliénation mentale qui non seulement se succèdent et se transforment l'un dans l'autre, mais peuvent se réunir simultanément pour constituer ce qu'on a désigné sous le nom de formes mixtes, délires combinés, surajoutés et plus récemment sous le nom de délires multiples, ce qui indique bien leur coexistence et leur indépendance l'un de l'autre.

Nous passerons rapidement en revue les variations et les transformations d'un même délire, pour insister plus longuement sur les délires multiples vrais, c'est-à-dire indépendants.

HISTORIQUE

Esquirol lui-même avait déjà fait cette remarque : « non seulement, on voit la folie se transformer en quelque sorte, et les diverses formes de délire se remplacer et se succéder, mais on les voit se compliquer pour former des composés binaires, ternaires... »

Il avait encore fait observer que « des épileptiques sont monomaniaques », ce qui implique déjà la connaissance de plusieurs délires coexistants chez le même sujet.

Sans remonter aussi loin, Morel en a donné aussi des descriptions ; dans son *Traité des dégénérescences mentales* (Paris 1857), on trouve chez des héréditaires, non seulement un délire fugace qui constitue comme leur tare originelle, mais aussi souvent, chez le même sujet, des hallucinations visuelles à allures terrifiantes et à caractère mobile et professionnel, qui ne laissent aucun doute sur l'existence de l'alcoolisme, élément surajouté.

Dans son *Traité classique des maladies mentales* (1862), Morel cite des faits du même genre ; il parle de malades qu'il appelle des hypochondriaques, (qui plus tard, devaient rentrer dans le délire de persécution de Lasèque) et chez qui évoluent côte à côte le délire de persécution

avec ses hallucinations de l'ouïe, le délire propre aux héréditaires, enfin le délire alcoolique, avec ses caractères tout spéciaux. On peut même dire que le délire alcoolique se trouve mentionné en tant qu'élément surajouté par tous les auteurs de la seconde moitié de ce siècle.

Les auteurs ont signalé aussi la présence de l'alcoolisme chez d'autres aliénés, surtout les paralytiques généraux. Que cette imprégnation alcoolique soit cause ou effet de la paralysie générale, cela a été discuté. Les uns, comme M. Magnan, l'ont décrit comme cause et effet ; d'autres, comme Lasèque, y ont vu surtout un effet. Mais tous sont d'accord sur ce point, que ces deux délires ont une évolution simultanée.

En 1868, Lasèque, dans son étude sur l'alcoolisme subaigu, donne le premier une description magistrale des complications de l'alcoolisme par le délire des persécutions, par l'épilepsie, par la paralysie générale, par le délire des maladies aiguës.

M. Magnan, en 1874, reprend cette étude (*De l'alcoolisme, des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement.*) En 1880, (*Archives de neurologie*, 1^{re} année, n° 1), il y ajoute les complications de l'épilepsie par la mélancolie et par le délire des persécutions. Par ordre chronologique et par ordre d'importance, ce travail marque une étape sérieuse dans l'étude des délires multiples, et doit venir aussitôt après celui de Lasèque, antérieur de douze ans ; M. Magnan publie trois observations où l'on voit le délire vésanique et le délire épileptique évoluer côte à côte, tout en pouvant être décrits séparément avec leurs caractères propres. Dans deux de ces observations,

on voit même l'alcoolisme greffé non plus sur une seule, mais sur deux autres maladies mentales : le délire de persécution et le délire épileptique. Trois délires évoluent ainsi chez le même individu. M. Magnan établit que c'est la même cause, l'hérédité, qui a présidé à l'éclosion. En pareil cas, ajoute-t-il « il est possible, chez un délirant multiple, de voir l'origine des trois délires associés chez les procréateurs ; la vésanie du père, l'épilepsie de la mère, l'alcoolisme de l'un ou de l'autre se retrouveraient dans le triple délire en question ». La transmission serait d'après M. Magnan, la plupart du temps similaire. La clinique le prouve en effet quelquefois. Mais bien des faits échappent à cette transmission similaire et la démentent.

M. Magnan se sépare de Lasèque, en décrivant la dipsomanie et l'alcoolisme comme exemples de délires multiples, qui, loin de se combattre, peuvent évoluer chez le même individu. Il s'en sépare aussi en admettant chez le même sujet, l'existence du délire mélancolique et du délire alcoolique.

Déricq, dans sa thèse (1886) qui renferme un nombre d'observations considérable, étudie, outre les coexistences décrites avant lui, les complications de différents états psychiques par la dégénérescence mentale héréditaire, et en dernier lieu les coexistences de deux intoxications entre elles (alcoolisme et absinthisme) et avec le mal comitial. Plusieurs auteurs (entre autres, Marcé, Motet, Magnan), sont d'accord sur ce fait, que l'action prolongée d'essence d'absinthe peut provoquer par elle-même, une épilepsie absolument comparable à l'épilepsie franche, idiopathique. Même inconscience, même cri initial. La

ressemblance serait telle que les habitudes du sujet et les commémoratifs, pourraient seuls indiquer l'origine des convulsions. Il semble donc que l'absinthe soit, chez ces malades, sinon une cause univoque, du moins un facteur puissant dans l'éclosion des attaques. Dericq aborde ce point nouveau ; il admet l'existence simultanée de l'épilepsie franche avec l'épilepsie absinthique ; c'est seulement dans le traitement, qu'il trouve un caractère différentiel entre l'épilepsie toxique et le mal comitial vrai. Par l'abstinence, l'épileptique absinthique verrait ses attaques disparaître ; au contraire les attaques de l'épileptique idiopathique continueraient à évoluer même après la séquestration, pour céder, quelquefois, au bromure longtemps administré.

Enfin Dericq nous fait entrevoir la coexistence possible de la paralysie générale avec un délire vésanique consistant par exemple en hallucinations de la sensibilité générale.

En 1887, Pichon publie un mémoire auquel nous empruntons la plus grande partie de cet historique, mémoire intitulé : *Des délires multiples et des intoxications d'origine différente*. Il rapporte plusieurs observations nouvelles de délires multiples. Il insiste surtout sur des faits nouveaux de délires multiples complexes, résultant de la présence chez le même malade, de plusieurs intoxications d'origine différente (absinthisme, morphinisme, éthérisme, cocaïnomanie...)

C'est seulement depuis peu d'années, et dans des conditions spéciales, c'est-à-dire dans les grandes villes, où les intoxications de toutes sortes marchent malheureuse-

ment de pair avec la civilisation, que l'on rencontre ces cas de délires toxiques multiples. Dans les cas observés par Pichon, la complexité et la variété même des phénomènes permettaient de reconnaître et de faire la part des différents états. Il pense qu'en raison même de leur réunion ou du moins de leur succession fréquente chez le même individu, il y a dans ces passions « artificielles » une question de terrain, de causes prédisposantes, qui prime tout.

Nous devons rappeler un cas de délire des persécutions associé à la mélancolie anxieuse, de M. Ségla (*Ann. Méd. Psy.* 1889) D'autres observations ont été encore publiées par les auteurs pendant ces dernières années. Chemin faisant, nous en citerons quelques-unes.

Enfin, au Congrès de Nancy de 1896, M. Vallon a fait une communication sur un cas de délire de persécution à double forme (types Falret et Lasèque réunis). Le malade était à la fois un persécuté raisonnant et un persécuté halluciné, par périodes. Les faits de ce genre doivent être très rares, car c'est le seul que M. Vallon déclare avoir observé jusqu'alors dans sa pratique.

Ce n'en est pas moins un exemple bien intéressant de la réunion possible chez le même sujet, de deux types morbides qui diffèrent par leur évolution, par l'absence ou la présence d'hallucinations, et par les actes exécutés dans l'un et l'autre cas.

TRANSFORMATION D'UN MÊME DÉLIRE. DÉLIRES ASSOCIÉS.

Si l'état de simplicité caractérise en général les formes franches, dites primaires, les vésanies pures, dans d'autres cas, l'on rencontre l'association de délires contradictoires, qui ne sont que des symptômes plus ou moins nombreux et variés d'un même état psychopathique et alternent les uns avec les autres dans le cours de cet état.

Envisageons par exemple la *folie circulaire*, caractérisée par la reproduction successive et régulière de l'état maniaque, de l'état mélancolique et d'un intervalle lucide plus ou moins prolongé. La transition entre les deux périodes est quelquefois très rapide. Dans certains cas, même, entre la dépression qui finit et l'excitation qui commence, il n'est pas possible de reconnaître un court état d'équilibre qui pourrait être considéré comme une réelle intermittence. Presque toujours, d'après Krafft-Ebing, le stade contraire s'ajoute directement au précédent. Dans des cas plus rares, un intervalle lucide peut

séparer les deux stades. Ce cycle d'états mélancoliques et maniaques alternants peut durer très longtemps.

A côté de ces cas bien connus où les deux stades sont séparés par un certain intervalle, il y en a d'autres où le passage d'une période à l'autre est très brusque. Ce sont des cas de transition ; nous touchons déjà presque aux délires associés : « Ce passage se produit d'ordinaire pendant le sommeil. Le malade qui s'est couché mélancolique ou maniaque, se réveille maniaque ou mélancolique. Cela s'observe surtout lorsque les accès sont courts, qu'ils n'ont qu'une durée de quelques jours, un mois au plus » (Ritti. *Traité de la folie à double forme*, Paris, 1882).

Ces faits de passage très brusque d'une période à l'autre, sont mis en lumière dans la thèse du Dr Chaslin. (*De rôle du rêve dans l'évolution du délire*, Paris, 1887). Il cite entre autres le cas d'une folie à double forme, à type circulaire, dont les périodes sont chacune d'une durée de cinq à six mois. La première manifestation du nouvel état dans lequel entre la malade est en général un rêve. « D'après ce qu'elle raconte elle-même, dans le cas où elle passe de l'excitation à la dépression, c'est ordinairement de la mort de son père qu'elle rêve. Elle se réveille alors au milieu de son cauchemar, sous l'influence de cette idée attristante, et tombe dans l'abattement à partir de ce moment. Si au contraire, elle passe de la dépression à l'excitation, c'est encore un rêve qui en marque le début. Mais cette fois-ci, le rêve est gai et l'objet en est variable. Il paraît en rapport avec les circonstances momentanées et ne présente pas le caractère d'uniformité qu'il offre dans le premier cas. » (Chaslin).

Ce fait important signalé par Chaslin, met en lumière, outre l'influence du rêve sur la transformation du délire, cet autre fait de la succession brusque des deux périodes, dont Krafft Ebing voudrait faire une règle générale.

Le passage plus ou moins brusque et plus ou moins complet d'une modalité délirante dans une autre, se rencontre encore en dehors de la folie circulaire. « Il semblerait que le processus pathologique se déplace, et se porte plus ou moins rapidement d'un appareil fonctionnel sur un autre » (H. Dagonet).

Ces transformations sont rares, il est vrai. Rien ne saurait les faire prévoir et rien n'en peut rendre compte ; peut-être ces cas relèvent-ils de la dégénérescence mentale, où l'on retrouve aussi la mobilité et la contradiction du délire.

On peut aussi rencontrer chez le même individu, des délires *diffus, polymorphes*. Ainsi on observe le mélange du délire expansif et du délire dépressif, d'idées ambitieuses et d'idées hypochondriaques, de persécution, etc. Ces délires combinés se retrouvent dans les formes les plus diverses d'aliénation mentale, en tête desquelles nous devons placer la paralysie générale, l'alcoolisme, les démences.

Le délire hypochondriaque des paralytiques généraux, si bien décrit par Baillarger, s'accompagne presque toujours d'idées absurdes de grandeur et de richesse, à côté du délire mélancolique et de persécution.

Evidemment, ces divers aspects du délire paralytique dépendant d'une maladie unique, aucun clinicien ne pen-

sera à les séparer et à les étudier comme autant de délires autonomes.

Si au contraire, avec la *paralysie générale*, on trouve dans les antécédents l'*alcoolisme*, autre cause possible de délire, on devra rechercher le délire alcoolique que l'on arrivera à distinguer du délire paralytique non seulement à cause de ses caractères personnels, mais surtout par sa pathogénie différente.

Nous envisagerons plus loin ces faits de délires multiples, par coexistence des délires alcoolique et paralytique, qui ont été cités déjà par beaucoup d'auteurs.

Le *délire systématisé* de persécution peut aussi nous présenter dans ses diverses variétés des formes expansives et dépressives; cette association a été l'objet de discussions nombreuses il y a quelques années, à la Société médico-psychologique. Le délire ambitieux systématisé peut se rencontrer dans les formes mentales les plus variables.

Les recherches de Foville (*Etude clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs*. Paris, 1871) ont montré que le délire ambitieux ne caractérisait pas une entité morbide unique, mais qu'on le rencontrait associé aux formes mentales les plus diverses. « C'est pour cela, ajoute l'auteur, qu'on a admis des manies, des lypémanies ambitieuses, dans lesquelles on voit les idées de grandeur se mêler aux autres symptômes qui caractérisent la maladie ». Ces idées de grandeur se rattachent on ne sait à quelle cause. Elles ne se prêtent pas à une description unique, n'ont pas de caractères rigoureusement les mêmes, dans tous les cas; ce sont comme des

états secondaires, inconstants, s'associant au délire primitif, dépendant de lui, et ne méritant pas d'être regardées comme un délire indépendant, surajouté.

Nous trouvons aussi un mélange remarquable des idées de grandeur associées aux idées d'humilité dans le *délire des négations*, cette forme particulière de mélancolie anxieuse, étudiée d'abord par Cotard, puis par Séglas. Il semblerait que le délire des négations doive rentrer à ce point de vue dans la catégorie des délires combinés. Comme le dit Ritti, « ces aliénés anxieux, hypochondriaques, aux allures si humbles finissent par arriver à un état d'esprit qui constitue comme le pôle contraire de leur humilité. »

« Si on examine avec attention, dit Cotard, les conceptions morbides qui accompagnent le délire des anxieux chroniques, on retrouve non seulement les idées d'immortalité, mais d'autres idées congénères. Quelques-uns d'entre eux ne sont pas seulement infinis dans le temps, mais le sont aussi dans l'espace. Ils sont immenses; leur taille est gigantesque; leur tête va toucher aux étoiles. Ils ont des millions comme des paralytiques ou des mégalomanes mais ils millionnent « dans le sens de leur délire mélancolique ».

Là aussi, nous avons affaire à une sorte d'épiphénomène comparable aux idées mégalomaniaques qui apparaissent fréquemment à une certaine période du délire de persécution et laissent prévoir la période finale de démence. Ces idées de grandeur sont associées au délire principal d'anxiété mélancolique. Elles dépendent de lui, il leur imprime sa marque. Comme le dit Cotard « ces

malades millionnent dans le sens de leur délire mélancolique ». C'est justement pour cela, croyons-nous, que ces idées mégalomaniaques n'ont pas la signification d'un délire surajouté vrai.

Des observations intéressantes établissent l'association intime des idées de grandeur au délire mélancolique. Séglas et Sourdille ont rapporté (*Annales méd. psy.* 1893), celle d'une malade atteinte de mélancolie anxieuse très prononcée, caractérisée par des idées de damnation, de négation, d'immortalité, d'énormité et accompagnée de troubles sensoriels. Séglas pense que dans cette singulière affection, l'ancienne personnalité subit une modification profonde, qui explique l'idée de la non-existence, en même temps que la formation d'une nouvelle personnalité, suggère au malade l'idée d'immortalité.

Dans ce délire de négation où la personnalité s'altère et change à un moment donné, on peut admettre aisément une certaine prédisposition héréditaire. « Même dans les cas de délire systématisés primitifs (celui des persécutés persécuteurs), le développement anormal de la personnalité est l'essence même de la maladie ; les idées délirantes en sont l'expression tardive. Ces formes de délire ont, en tout cas, des rapports intimes avec la dégénérescence mentale proprement dit. » (Séglas).

Nous avons observé un cas de folie circulaire, où la période de dépression était très prononcée, accompagnée d'une quasi-stupeur et d'un délire de persécution. Nous croyons que des cas aussi prononcés doivent être assez rares. Nous rapportons cette observation plus loin (Obs. VI).

Ces transformations délirantes, accompagnées d'idées de caractère différent, et même en opposition directe l'une avec l'autre, peuvent se présenter encore chez les persécutés. Par exemple la *mégalo manie*, dont on voulait autrefois faire une forme à part, apparaît fréquemment au cours du délire de persécution. Sur quarante persécutés, Christian en a trouvé trente et un avec des idées de grandeur développées. Elles constituent alors une véritable mégalo manie. Dans d'autres cas, elles n'apparaissent que d'une façon accessoire ; elles se montrent parfois sous une forme vague d'orgueil, d'infatuation. Elles peuvent enfin manquer absolument. D'après J. Falret, on n'en observe pas chez plus du tiers des malades.

Il y a là comme un antagonisme apparent des idées délirantes. Souvent, chez le persécuté qui se croit attaqué, l'idée de persécuteurs acharnés à sa poursuite, aura pour antagoniste l'idée de défenseurs qui le protègent. Ces idées de défense ou de grandeur, n'apparaissent pas au début de la maladie ; les persécutions sont d'abord vagues, puis s'accroissent. Le malade d'abord surpris, commence à rassembler ses idées et à systématiser son délire. Plus tard seulement, les idées de grandeur font leur apparition ; elles annonceraient le plus souvent, d'après Magnan, l'approche de la démence.

Chez quelques malades, surtout chez les dégénérés, les idées de grandeur ont leur origine dans les hallucinations de l'ouïe ou même de la vue : par exemple Jésus-Christ est apparu un jour solennellement au malade.

On le voit, les idées délirantes n'ont pas par elles-mêmes autant d'importance qu'on le croyait autrefois.

Le plus souvent elles ne sont contradictoires qu'en apparence. Les idées de persécution et les idées ambitieuses sont de même nature, puisqu'elles germent sur un même fond d'égoïsme morbide, l'individu rapportant tout à lui. Les idées de grandeur ont la même valeur que les autres, sans cependant constituer une des phases nécessaires, constantes du délire de la persécution, comme le voudrait Magnan. « La folie des persécutions peut parcourir toute son évolution sans passer par les phases du délire des grandeurs, sans qu'on y rencontre aucune trace de ce délire » (Mairet).

C'est spécialement chez les dégénérés que le délire des persécutions est variable, d'aspect protéiforme. Etudions-le rapidement chez les dégénérés héréditaires; nous nous demanderons ensuite si nous avons le droit de regarder ces deux états, dégénérescence et délire de persécution, comme des coexistences, au sens où nous entendons ce mot, c'est-à-dire comme des états indépendants.

On pourra voir plus loin une observation de délire de persécution chez une imbécile, que nous avons pu recueillir (Obs. IV).

A côté des malades précédents, et séparés d'eux par des degrés presque insensibles, on en rencontre d'autres, les *aliénés héréditaires*, formant un groupe important. Leur délire de persécution se manifeste tantôt avec les mêmes caractères que chez les faibles d'esprit : même spontanéité et même indécision, moins frappantes cependant, mais laissant bien soupçonner le fond de débilité mentale, même caractère transitoire. Tantôt au contraire, ce délire de persécution est très riche, aux conceptions

nombreuses, et il persiste très longtemps. Il est susceptible d'évoluer comme le délire systématisé progressif. La mégalomanie, quand elle existe, paraît reliée logiquement aux idées de persécution. La différence gît tout entière, comme le rappelaient récemment MM. Taty et Toÿ, dans la genèse du délire, dont l'éclosion s'est produite presque subitement à l'occasion d'incidents très banals, ou aux phases dites critiques de la vie (puberté, ménopause...). Mais cette différence peut elle-même manquer. Le délire de l'aliéné héréditaire a pu naître de la même façon que le délire de persécution vrai. Et alors, ce n'est plus que la notion des antécédents, et des investigations minutieuses dans la vie antérieure du malade, qui pourront permettre de découvrir les causes du délire, et de le différencier, en l'absence de stigmates physiques de dégénérescence.

Eh bien, devons-nous regarder ces deux états, dégénérescence mentale et délire des persécutions, comme deux éléments surajoutés, quand ils se trouvent chez le même individu? Non pas, à proprement parler; c'est un état mixte, une véritable combinaison. Le délire de persécution a une allure spéciale, en raison du terrain spécial sur lequel il s'est développé. Il trahit souvent la débilité mentale du malade chez lequel il s'est développé. De même les conceptions ambitieuses, sont parfois d'une telle absurdité, qu'elles pourraient rendre le diagnostic hésitant, par leur ressemblance avec la mégalomanie des paralytiques, s'il n'y avait les signes physiques de la paralysie générale.

Cependant Dericq, dans sa thèse, décrit le délire de

persécution chez un débile comme une « coexistence ». Il n'y a là qu'une question de mots. Le tout est de bien s'entendre, et de n'employer le terme de coexistence que pour désigner des délires surajoutés, vraiment indépendants.

Dans ces dernières années, la question de la dégénérescence mentale a été étudiée sous un jour tout nouveau. Dans une leçon sur la *folie choréique* (janvier 1893) M. le professeur Joffroy considérait la chorée comme l'une des modalités de la dégénérescence, et faisait remarquer que, « les dégénérés forment non pas un petit groupe restreint et isolé au milieu de l'aliénation mentale, mais une famille nombreuse dont chacun des membres se présente avec sa physionomie individuelle. Tous cependant sont réunis par un lien commun, à savoir que leur système nerveux présentant des points d'une résistance insuffisante, sera presque fatalement atteint d'un trouble organique ou fonctionnel, lorsque l'occasion se présentera. La fatalité pèse sur ces sujets ».

Et le même auteur ajoutait : « La dégénérescence s'étend sur presque toute la pathologie mentale, sur la plupart des affections nerveuses, et aussi sur la plupart des maladies dues à un trouble de la nutrition : arthritisme, diabète, rhumatisme chronique, goutte ».

L'année suivante (*Congrès de médecine mentale*, Clermont-Ferrand, 1894), dans une discussion sur les rapports de l'hystérie et de la folie, M. Joffroy émit la même opinion au sujet de cette dernière névrose. « L'hystérie, dit-il, se développe habituellement sur un terrain dégénéré. Les syndromes de dégénérescence et l'hystérie ont tous

pour facteur étiologique principal, la prédisposition héréditaire. Et de la communauté d'origine on est presque logiquement porté à conclure à la communauté de nature ».

On voit combien M. Joffroy étend le domaine de la dégénérescence. Il y rattache d'une façon toute naturelle ces névroses, dont l'étiologie et la nature étaient si discutées jusqu'alors. Comme lui, nous pensons que « la dégénérescence s'étend sur presque toute la pathologie mentale et sur la plupart des affections nerveuses ».

Si nous rencontrons ces névroses, hystérie ou chorée, et avec elles, un délire ayant évolué sur le même terrain de dégénérescence mentale, nous devons rattacher le délire et les accidents nerveux à la même cause. Il n'y a pas coexistence de deux éléments différents : folie du dégénéré d'une part, et folie dite choréïque ou hystérique de l'autre. Bien qu'elles doivent au point de vue nosologique, clinique, conserver leur individualité, l'hystérie et la chorée n'en sont pas moins des modes de dégénérescence; aussi n'y a-t-il pas lieu de scinder le délire. L'état mental qui accompagne la névrose peut être secondaire à l'apparition de cette névrose, mais ne dépend pas d'elle seule. L'étiologie est une. C'est toujours de la folie de dégénérescence.

C'est donc à un point de vue purement secondaire que nous parlons ici de l'hystérie et de la chorée.

Nous basant sur les recherches de M. Joffroy, nous croyons que l'on doit éliminer ces névroses, en tant que causes *premières* de délires multiples vrais, c'est-à-dire indépendants. La véritable cause, la cause première,

est la même que celle de l'hystérie et de la chorée, c'est la malformation ou la faiblesse congénitale du système nerveux, c'est la prédisposition héréditaire, c'est la dégénérescence.

II

DÉLIRES MULTIPLES VRAIS DÉLIRES SURAJOUTÉS

Il est incontestable qu'il existe bien réellement des délires surajoutés, coexistant chez le même individu ; cette question a donc sa place marquée dans les cadres de la médecine mentale. En étudiant soigneusement la pathogénie, en remontant à la source, à la cause des différents délires présentés par un malade, l'on peut trouver des données suffisantes pour affirmer leur individualité propre.

Par une observation attentive, on peut, chez un aliéné, dissocier les éléments vésaniques, comitiaux, paralytiques ou alcooliques. On peut également, chez un délirant par intoxication, en analysant soigneusement les symptômes présentés, « découvrir et différencier les divers agents d'intoxication, chez un malade qui a fait usage de plusieurs poisons » (Pichon).

Cette étude, il est vrai, est parfois très difficile. Il faut bien se garder de confondre la *maladie* et le *symptôme*.

On est toujours porté à considérer dans les symptômes, des éléments indépendants, disparates, des maladies distinctes, alors qu'il n'y a le plus souvent que des manifestations d'une seule et même maladie, comme nous l'avons vu précédemment.

Il pourra se faire que le délire nouveau masque complètement l'ancien; il semble alors qu'une transformation complète se soit opérée, que l'ancien délire soit disparu à tout jamais. Mais ce n'est qu'une apparence; bientôt on reconnaît qu'il vit toujours de sa vie propre. A l'aliéniste de faire la part de chaque forme, et de déterminer ce qui lui revient dans les manifestations délirantes.

Cette tâche délicate incombe en particulier au médecin-légiste chargé d'examiner l'état mental d'un inculpé. Les actes délictueux ou criminels qui lui sont reprochés, peuvent avoir été directement causés par un délire qui est comme assoupi, au moment où débute l'examen, et masqué momentanément par un autre complexus. Il est donc nécessaire d'étudier assez longtemps l'individu mis en observation, et de se mettre en garde contre la coexistence possible de deux formes différentes. L'expert arrivera ainsi à la connaissance exacte de la nature et de l'étendue des troubles cérébraux, et appréciera jusqu'à quel point ces troubles ont pu entraîner l'irresponsabilité, pour des actes commis dans des circonstances données. Il sera arrivé à reconstituer toute l'histoire pathologique du sujet, et aura fait un diagnostic vraiment complet.

Il faut donc toujours penser à ces coexistences en clinique, non seulement parce qu'elles posent un grand problème de diagnostic, mais aussi en raison de leur intérêt

médico-légal de premier ordre. Qu'un alcoolique commette un délit quelconque sous l'influence d'idées de persécution, il bénéficiera évidemment de son état alcoolique. Pourtant on aura tendance à regarder l'alcoolisme comme une petite excuse, en raison de la sévérité que montre le juge pour les délires acquis, le délire alcoolique en particulier. Mais si on reconnaît le délire de persécution (type Lasèque) coëxistant, si ce persécuté frappe son persécuteur, il n'y a plus seulement excuse, mais irresponsabilité entière. On voit donc de quelle importance est cette recherche.

On se rappellera les caractères suivants du délire alcoolique, d'après M. Magnan. « Lypémaniaque, mobile, professionnel et à prédominance nocturne. »

Le malade a des illusions des sens, qui, peu à peu, avec les progrès de l'intoxication, deviennent des hallucinations. Il surveille ses aliments, car ses ennemis veulent, dit-il, se débarrasser de lui par le poison. Il est suivi par des gens qui lui en veulent. On veut lui voler ses biens, sa femme etc. Voilà des caractères communs au délire de persécution vrai, et au pseudo-délire de persécution alcoolique. Mais il y a un caractère diagnostique important : le malade ajoute qu'il dort mal, que des brigands viennent la nuit pour le tuer, qu'il voit des serpents, des rats, des crapauds grouiller autour de lui.

Ces troubles du sommeil, ces hallucinations de la vue sont caractéristiques et permettent de porter, sans hésitation, le diagnostic d'*alcoolisme*. Mais, si nous apprenons que depuis de longs mois, le malade était sombre, inquiet, en proie à des idées de persécution vagues d'abord, puis

de plus en plus précises, suivant une évolution progressive, entretenues par hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale, nous serons en droit de penser à un délire chronique, sur lequel les phénomènes alcooliques se sont simplement greffés. Quel serait le résultat, au point de vue purement scientifique et au point de vue de l'intérêt même du malade, d'un diagnostic incomplet, où l'on méconnaîtrait le délire de persécution ? On s'en laisserait imposer par les accidents alcooliques et l'on porterait dès lors un pronostic bénin, alors que c'est un persécuté qui a fait des excès de boisson, mais qui n'en est pas moins un persécuté. Il est vrai qu'au bout de quelques jours de séquestration le délire alcoolique pourra disparaître, en tout cas s'amendera ; mais le délire de persécution continuera à évoluer d'une façon à peu près fatale. Il faut néanmoins faire ce diagnostic de bonne heure, car on sait avec quelle facilité et quelle habileté certains persécutés arrivent à dissimuler leur délire.

De même, Magnan, Dericq regardent le délire alcoolique consécutif aux accès de *dipsomanie* comme un délire surajouté et indépendant. Cette théorie n'est pas admise par d'autres auteurs. Il est cependant facile de se rendre compte des différences qui existent entre ces deux états. La dipsomanie relève de la dégénérescence intellectuelle ; elle procède par accès : l'accès de dipsomanie s'annonce par un état vague de tristesse, des idées sombres que ne peuvent dissiper aucune distraction, des pressentiments sinistres. Le malade éprouve un besoin irrésistible de boire des boissons alcooliques. C'est une véritable impulsion, à laquelle il ne peut se soustraire. Il

est angoissé, il a des palpitations, de l'oppression, de l'angoisse précordiale. Il faut qu'il obéisse à ce paroxysme de mélancolie impulsive. Il cède. S'il n'a pas d'argent, il vole, il commet même des crimes pour se procurer des boissons alcooliques. Si l'accès est de courte durée, le délire alcoolique peut ne pas apparaître. Dans le cas contraire, les excès alcooliques provoqués par l'accès déterminent un délire alcoolique très net, classique, avec terreurs, hallucinations de la vue, etc. Puis tout se calme jusqu'à ce qu'un nouvel accès reparaisse.

L'alcool peut même avoir une double action dans la dipsomanie (Dericq) : produire de toutes pièces un délire hallucinatoire, et d'autre part, réveiller les dispositions malades léguées ou préparées par les ascendants. Dans une observation, Dericq démontre la coexistence de la dipsomanie avec un « état émotif » dû à l'alcool, en même temps que cet agent réveille une tendance au suicide, dépendant d'une hérédité convergente. Chez une autre de ses malades, dégénérée dipsomane, l'alcool, avait produit, outre son délire propre, de la kleptomanie.

Nous arrivons maintenant au *délire épileptique*, et aux diverses formes qui coexistent avec lui. M. Magnan indique le problème en des termes qui méritent d'être cités. « L'action convergente de l'hérédité, vésanie de l'un des ascendants, névrose convulsive de l'autre, ne se traduit pas seulement par des dégénérescences intellectuelles, ni par des états hybrides, dont la grande classe des folies morales présente de nombreux exemples.

« La manie, la mélancolie ou le délire chronique du père, l'épilepsie de la mère, et vice-versa, peuvent exercer leur

action directe sur le fils, et déterminer chez lui, simultanément, deux névroses similaires aux précédentes, vivant côte à côte, mais sans perdre aucun de leurs attributs. Une hérédité double donnera ainsi lieu à un être pathologique double, à un sujet à la fois épileptique et vésanique. La névrose convulsive peut se traduire par des attaques, des vertiges, et par son délire spécial. D'autre part le délire vésanique avec ses conceptions tristes ou expansives, ses troubles sensoriels, son évolution particulière, conserve tous ses caractères, si bien que l'on peut faire la part de l'épilepsie et du délire vésanique. Cet individu, en effet, qui raconte dans ses moindres détails son délire vésanique, reste muet quant aux troubles rattachés aux attaques. Chez lui, si l'épilepsie vient à s'améliorer ou à disparaître, le délire vésanique n'en persiste pas moins avec ses symptômes propres, et réciproquement, la disparition du délire vésanique peut laisser l'épilepsie dans son intégrité.

« Ces deux états restent indépendants; sans doute ils peuvent s'influencer réciproquement; mais, d'une façon générale, l'existence de l'un n'est nullement solidaire de celle de l'autre.

« Ce n'est pas tout: de par son propre fait, cet individu déjà épileptique et vésanique, peut encore acquérir un troisième état pathologique. A la suite d'excès de boissons, il présentera un délire alcoolique, et on pourra étudier ces trois espèces pathologiques distinctes, à pathogénie différente: la folie épileptique, la folie simple (délire de persécution ou autre), la folie alcoolique. Une analyse attentive de cette synthèse clinique, permet de

faire la part de chacun des trois éléments, dont les caractères res'ent parfaitement distincts. Le délire épileptique, par son évolution, son allure brusque, son inconscience, se sépare nettement des autres modes de perturbations psychiques; et le délire chronique, avec sa marche méthodique, lente et progressive, avec ses caractères de fixité, ne saurait être confondu avec le délire alcoolique, dont les troubles hallucinatoires pénibles, multiples, mobiles et passagers, conservent toujours une physionomie spéciale ».

Nous rapportons à la fin de ce travail une observation publiée par M. Paul Garnier (*Gaz. hebdomadaire*, 1880), qui renferme un exemple bien net de cette double influence perturbatrice à laquelle un individu peut-être simultanément soumis. Il s'agit d'un épileptique qui présentait un double délire : l'un chronique avec idées de persécution, l'autre de nature mystique, passager et consécutif aux attaques. Comme le dit M. Garnier « quand, chez un malade atteint de ces conceptions délirantes, on constate, en même temps que les signes propres à cette espèce clinique, certaines particularités qui ne lui appartiennent pas, on est amené à en rechercher l'origine dans la coexistence d'un autre trouble psychique ».

Parmi tous les autres troubles intellectuels, le délire épileptique est celui qui met à l'actif de la folie, les actes de la plus grande gravité comme aussi, de la plus complète irresponsabilité.

On devra s'assurer si le malade a gardé le souvenir des actes qu'il a commis. L'*amnésie* non simulée est le meilleur signe rétrospectif d'épilepsie; elle pourra être le seul

signe qui la mette en éveil. Le *morbus sacer* ne dénonce pas toujours bruyamment son existence; souvent au contraire, il se traduit par des symptômes qui ne sont significatifs que pour le médecin, quand les attaques par exemple, sont nocturnes. Cependant l'attaque épileptique s'accompagne d'un relâchement du sphincter vésical, et d'une émission d'urine. Ce fait aura pu frapper le malade à son réveil; en ce cas, il pourra être enregistré plus tard. En outre, il pourra y avoir des morsures récentes, ou des cicatrices de morsures à la langue.

Le médecin pourra encore arriver à reconnaître à laquelle de ces deux espèces de délire, le malade obéit à un moment donné, lorsque le malade n'a ni attaques, ni vertiges apparents, en un mot lorsqu'il ne présente aucun signe physique de l'épilepsie, qui ne se traduit que par des *actes impulsifs*, conséquence du délire spécial. L'origine épileptique de ce délire, nous est révélée par l'absence de tout souvenir de ce que le malade a pu faire ou dire à ce moment.

Les troubles psychiques divers, marchent en même temps, mais ne se confondent point malgré leur évolution simultanée.

En effet, supposons le malade en proie à un délire très actif, commettant sous l'impulsion de ses conceptions malades, une série d'acte divers. Nous serons amenés à reconnaître où finit le délire comitial, et où commence le trouble vésanique; la distinction est possible. Toute la phase délirante, marquée par l'oubli absolu de la part du malade est caractéristique de l'épilepsie. Au trouble vésanique simple appartient l'autre période, celle dont

l'aliéné a gardé le souvenir, bien qu'il mette plus ou moins de bonne volonté à nous raconter ses hallucinations, ses craintes, les actes accomplis par lui, etc.

Nous venons de voir jusqu'à présent, comme exemples de délires multiples, entités morbides bien définies, l'association du délire alcoolique avec une forme vésanique, celle de l'alcoolisme et de la dipsomanie et aussi la coexistence du mal comitial et d'une vésanie. Dans un autre ordre de faits, nous trouvons réunis chez le même individu, l'alcoolisme et l'épilepsie, avec chacun leur délire particulier. Ici de même, on saura sous quelle influence est placé le malade, dans telle phase délirante, suivant que le souvenir des actes accomplis durant cette même période, est ou n'est pas conservé. A travers l'enchevêtrement de ces deux délires, M. Garnier affirme que, souvent, il a pu dire, en consultant les souvenirs du malade, quels étaient les faits imputables à l'épilepsie, et quels autres étaient dûs à l'alcoolisme. On comprend toute l'importance de cette donnée au point de vue médico-légal. Le degré de responsabilité est naturellement différent, suivant que le malade a agi sous le coup du délire épileptique; ou sous l'influence toxique.

M. Magnan fait une remarque importante au sujet de cette juxtaposition: c'est que le mal comitial s'impose au délire alcoolique, qu'il se place au premier rang, et que ses manifestations laissent loin derrière elles les troubles toxiques. « L'épileptique qui s'alcoolise, présente peu à peu les signes ordinaires du délire alcoolique, sans qu'aucun phénomène vienne indiquer que c'est là un alcoolique épileptique. Mais que plusieurs attaques se produi-

sent, le délire toxique disparaît, et cède le pas au délire du mal caduc, délire nouveau, à évolution brusque, à durée courte, parfois même à caractères symptomatiques distincts, mais surtout remarquable par l'inconscience dont il s'accompagne. Le sujet, en effet, raconte dans les moindres détails toutes les perceptions illusoires du délire alcoolique, mais il ne sait absolument rien de son accès de folie épileptique ».

M. Magnan a publié plusieurs faits, dans lesquels le délire alcoolique se trouvait brusquement interrompu par une attaque d'épilepsie, suivie bientôt d'un accès délirant à caractères symptomatiques différents, mystiques ou ambitieux, par exemple.

Cet accès dure quelques heures ou quelques jours ; puis le délire alcoolique reparait avec ses caractères propres. Diverses modalités ont été observées par l'auteur : les deux délires de l'épileptique alcoolisé, peuvent avoir beaucoup de ressemblance entre eux, être par exemple tous les deux de nature pénible. Mais la perte du souvenir distingue celui qui dépend de l'épilepsie. D'autres fois, outre cette amnésie, signe capital, les caractères différents des symptômes accuseront la différence des délires. D'autre fois encore, c'est un accès de fureur qui se développe après une attaque ou une série d'attaques : tel ce malade de M. Magnan, garçon liquoriste, alcoolisé, fils d'épileptique et épileptique lui-même, qui était sujet à des accès de folie alcoolique, avec rêves, cauchemars, hallucinations pénibles de la vue et même de l'ouïe, avec conscience ; ces accès duraient trois ou quatre jours.

Pendant l'une de ces périodes de folie toxique, cet

homme subit en une journée trois attaques comitiales, et fut pris ensuite d'un accès de fureur aveugle très différent de la folie alcoolique de la veille. Il déchirait ses vêtements et brisait tout ce qui lui tombait sous la main. Au bout de quelques heures, l'agitation tomba et le délire alcoolique reparut. Le malade, interrogé, ne put fournir aucun renseignement sur les scènes bruyantes qui venaient de se passer, tandis qu'il fit part, sans hésitation des hallucinations pénibles dont il était affecté.

Au bout de quelques jours, tout avait disparu. Le malade calme et raisonnable n'avait plus que le souvenir de son délire alcoolique.

Dans les cas qui précèdent, l'alcool n'agit donc pas comme un simple excitant, pour rendre plus apparents, sans les modifier, les symptômes de l'affection première ; il impose son propre délire, qui se greffe sur le trouble cérébral préexistant, et l'influence de diverses manières. C'est encore ce que nous constatons, lorsque l'éthylisme coexiste avec la *paralysie générale*. Si le malade est à la première période et qu'il entre dans un asile, sans renseignements, il sera étiqueté comme alcoolique, car il ne se présente pas sous les dehors du paralytique, mais ressemble à un alcoolique vulgaire. L'alcool, outre les illusions et les hallucinations qu'il provoque, peut faire naître un délire propre, qui, masquant plus ou moins les symptômes de la paralysie générale, rend très difficile l'appréciation exacte de l'état des facultés. Les hallucinations font naître des idées délirantes qui se placent au premier plan, et cachent toute autre manifestation. Il n'est pas jusqu'au tremblement alcoolique très-accusé, qui ne

puisse simuler les phénomènes moteurs de la paralysie : tremblement de la langue, des lèvres, de la joue. Lorsque des frémissements s'emparent des muscles de la face, l'embarras de la parole lui-même perd ses caractères.

Cependant, dans la plus grande partie des cas, au bout de quelques jours, les accidents d'alcoolisme vont diminuer. Cette cessation successive des hallucinations et idées délirantes d'origine alcoolique, laissant à découvert le niveau intellectuel, permet d'apprécier les signes de la démence paralytique.

Plus tard, si les antécédents du sujet viennent à être connus, le délire alcoolique que l'on avait à peu près déterminé, sera établi d'une façon irréfutable.

Pour la démence sénile et l'imbécilité, les choses ne se passent pas autrement. Ces affections peuvent être masquées momentanément par un accès brusque de délire alcoolique, indépendant d'elles.

Ces divers exemples de délires multiples, alcoolisme et vésanie, alcoolisme et épilepsie, alcoolisme et dipsomanie, épilepsie et vésanie, alcoolisme et paralysie générale, peuvent encore être réunis en plus grand nombre, pour former des composés ternaires, quaternaires, etc., comme l'avait déjà dit Esquirol et comme l'ont montré les observations récentes des auteurs, entre autres celles de Pichon, que nous citons en commençant.

Il y a encore une autre classe de délires surajoutés, celle des *délires fébriles*. Nous entrons ici dans un ordre d'idées différent. La condition nécessaire de production de ces délires c'est l'écllosion d'une maladie incidente chez l'aliéné. On considère actuellement les délires fé-

briles des maladies infectieuses, et avec raison, comme des aliénations aiguës, et dans tous les traités récents de psychiatrie on distingue le plus souvent deux groupes qui ne sont pas toujours facilement séparables dans la pratique : d'abord les psychoses fébriles proprement dites qui éclatent pendant la fièvre, ou même avant l'accès, à titre de prodromes dans la période d'incubation de la maladie infectieuse, ou comme une manifestation larvée de fièvre intermittente, à la place de l'accès typique habituel. La seconde variété comprend les délires de la convalescence ou psychoses asthéniques.

La grande épidémie de grippe de l'hiver 1889-90, a permis d'étudier en particulier les rapports de l'influenza et des psychoses, qui avaient été à peine signalées auparavant par Pétrequin (1837), puis Rush. Le professeur Révilliod (de Genève) a étudié récemment (10 mars 1890, *revue médicale de la Suisse romande*), les variétés de délire grippal qui s'observent pendant la maladie même.

L'influenza devient parfois, comme d'autres maladies aiguës (fièvre intermittente, fièvre typhoïde, rhumatisme, pneumonie), et plus souvent qu'elles, la cause occasionnelle de l'aliénation mentale. C'est elle qui fait éclater la maladie chez un individu prédisposé héréditairement ou par des antécédents cérébraux personnels. Dans ces cas, la nature du délire est tout à fait indépendante de la grippe. On a pu donc observer, tous les genres de psychopathies. Ici un *delirium tremens* qui fait explosion chez un alcoolique, Là un accès de manie aiguë. La paralysie générale, latente jusque-là, éclate subite-

ment après l'influenza, ainsi que Kræpelin l'a observé, avec les lacunes de la mémoire, le délire hypochondriaque et le trouble caractéristique de la parole. Le même auteur a cité le cas d'un jeune épileptique, qui, après une pause de neuf mois dans ses accès, fut atteint d'un état somnambulique grave qui succéda à l'influenza, directement.

Cependant, si la grippe peut faire éclater la folie chez un prédisposé héréditaire, elle ne suffit jamais à provoquer la folie, à elle seule. Il faut toujours, en dehors du processus infectieux (consistant peut-être en une intoxication généralisée, d'origine microbienne), une prédisposition particulière, héréditaire le plus souvent.

Nous avons pensé qu'il était utile de rappeler d'abord les grandes lignes des psychoses fébriles chez les sujets non aliénés, avant d'étudier les faits dans lesquels l'accès se développe sur un terrain déjà entaché d'aliénation. On connaît quelques faits de ce dernier ordre. Nous avons pu en observer un cas à l'Asile de Fains ; nous rapportons plus loin cette observation (Observation IX) ; la malade qui en fait l'objet a eu un délire d'origine grippale et de courte durée, qui n'a modifié en rien le délire primitif ; ce dernier est reparu intact à la convalescence.

Mais l'influenza modifie parfois l'état mental des aliénés. Dans cinq cas rapportés par le Dr Solbrig (*Annales médico-psy.* Juin 1890), l'auteur a observé la neurasthénie, l'hypochondrie et la mélancolie consécutives à la grippe. Deux des ses malades n'avaient eu aucun trouble mental avant l'attaque d'influenza. Les trois autres avaient présenté des troubles psychiques antérieurement, et se trou-

vaient améliorés, quand l'influenza est venue aggraver leur état ou provoquer une rechute.

Dans un autre cas (Bartels, *Neurologisches Centralblatt*, mars 1890), la grippe frappa les aliénés de l'asile de Hildesheim dans la proportion de 13 0/0. Chez un seul malade, l'état mental fut influencé par l'affection incidente. C'était un sommelier atteint de « paranoïa » depuis 1883, et qui malgré ses idées de persécution était calme et s'occupait régulièrement. Ayant présenté les signes de l'influenza du 4 au 10 janvier 1890, il fut pris d'un violent accès d'agitation maniaque, avec loquacité, désordre des actes, insomnies, rétention d'urine, albuminurie. Ces deux derniers symptômes disparurent le 29 janvier. Le malade redevint calme, mais plus inquiet qu'avant sa maladie; il finit par succomber au marasme le 23 mars. A l'autopsie : léger catarrhe pulmonaire, pachyméningite chronique, et leptoméningite.

Evidemment dans le cas de Bartels, le délire grippal tranchait nettement sur le calme habituel du malade. C'était bien un délire surajouté, à pathogénie et à caractères différents; du reste, dès le décours de la fièvre, le malade avait tendance à récupérer son délire primitif à allures calmes, malgré un peu d'inquiétude. La mort du malade, survenue au bout de deux mois, n'a pas permis de se rendre compte, si cette légère modification du délire d'avant la grippe aurait persisté.

La grippe peut modifier l'état mental des aliénés dans un sens favorable. Journiac, Leledy, Van Deventer ont fait connaître de ces cas heureux. L'observation la plus connue est celle de Metz. Elle concerne un cas de para-

noïa, survenu chez un homme de trente ans, qui fut admis dans son service, à la suite de menaces de mort contre sa femme et son propriétaire, menaces faites sous l'influence d'idées de persécution. A l'asile, le malade était sombre, prétendait qu'on le séquestrait pour le rendre malade, paraissait halluciné. Un an après son admission, ce malade est pris d'une attaque d'influenza (13 janvier 1890). Il a pendant deux jours une température oscillant entre 39 et 40°. Le 17, la température baisse, l'excitation fébrile tombe et le malade écrit à sa famille une lettre très sensée. Il raconte au médecin que ses idées fausses l'ont quitté subitement le 17 janvier. Donc, d'après le malade lui-même, sa guérison a coïncidé avec la défervescence, cela établit bien l'influence heureuse exercée dans ce cas par l'influenza (Metz, *Neurologisches Centralblatt*, avril 1890).

En résumé, l'influenza, lorsqu'elle frappe les aliénés, engendre quelquefois un délire propre. Elle apporte des modifications qualitatives dans l'état mental, c'est-à-dire des variations dans la nature du délire, transitoires ou plus ou moins durables. Le plus souvent, une fois passé l'accès grippal, le sujet retombe dans son état primitif : de même qu'un individu normal, atteint d'un délire fébrile, revient aussitôt après à la raison, à l'état normal. D'autres fois, l'influenza apporte une amélioration marquée de la maladie mentale. D'autres fois enfin, l'état psychopathique antérieur est empiré.

CONCLUSION

Il ressort de cette étude, où nous ont guidé les écrits des auteurs et nos observations personnelles, que l'examen attentif du malade et de ses antécédents, tant personnels qu'héréditaires, permet, dans certains cas, de reconnaître soit la succession, soit la coexistence de plusieurs délires chez le même sujet.

Nous avons vu qu'il fallait distinguer dans les délires multiples deux catégories.

Dans la première, les délires, différents comme forme et parfois contradictoires en apparence, relèvent d'un même état psychopathique : paralysie générale, mélancolie avec idées de grandeur.

Dans la seconde, chaque délire relève d'un état psychopathique particulier. C'est ainsi que nous avons vu évoluer côte à côte l'alcoolisme et la dégénérescence mentale, l'alcoolisme et la paralysie générale. Mais, bien que distincts dans leurs origines, les différents délires propres à chacune de ces maladies ne sont pas sans exercer les uns sur les autres une influence réciproque, pouvant modifier leur évolution et assombrir leur pronostic.

Vu par le président de la thèse,

JOFFROY

Vu par le doyen

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GREARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CHRISTIAN. — Des idées de grandeur chez les persécutés. Arch. de neurologie. Janvier 1892.

DAGONET (H.). — Observations sur les délires associés et les transformations du délire. Annales médico-psych. Janvier 1895.

DERICQ. — Les délires multiples. Thèse de Paris, 1883.

FOVILLE. — Etude clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs. Paris, 1871.

GARNIER (P.). — Coexistence de délire de persécution et d'épilepsie.

— Gáz. hebdomadaire de méd. et de chir., 1880, n° 9.

JOFFROY (A.). — Rapports de l'hystérie et de la dégénérescence mentale. Congrès de Clermont-Ferrand, 1894 (Comptes-rendus).

JOFFROY (A.). — De la folie choréique ; définition et nature de la chorée.

— in La Semaine Médicale, 25 février 1893.

KRAFFT-EBING. — Lehrbuch der Psychiatrie auf Klinischer Grundlage.

KRÄPELIN. — Manuel de Psychiatrie (Ein Kurzes Lehrbuch für studirende und Aerzte). Leipzig, 1889.

LASÈGUE. — Dipsomanie et alcoolisme. Archives gén. de méd., 1882.

LASÈGUE. — Délire des persécutions et alcoolisme subaigu. In « Etudes médicales ».

MAGNAN. — De la coexistence chez le même sujet de plusieurs délires de nature différente. Archives de neurologie, 1^{re} année, n° 1 (1880).

PICHON (G.). — Des délires multiples (l'Encéphale, 1887).

REY (Ph.). — De l'hystérie chez les femmes atteintes de paralysie générale.

— Congrès d'Anvers. Voir Ann. méd. psych., 1885. Tome 2.

RITTI. — Traité de la folie à double forme. Paris, 1882.

SÉGLAS. — Un cas de vésanie combinée (délire de persécution et mélancolie anxieuse). Ann. méd. psych., 1888.

SÉGLAS. — Apparition des idées de grandeur à une période avancée de la mélancolie anxieuse. Progrès médical, 12 novembre 1887.

TATY et TOY. — Des variétés cliniques du délire de persécution. Ann. méd. psych., 1897.

VALLON. — Délire de persécution à double forme. Congrès de médecine mentale. Nancy, 1896.

OBSERVATIONS

Quelques mots d'abord, sur la façon dont nous avons groupé nos observations. Etant donné leur petit nombre, nous n'avons pas voulu faire une classification, à laquelle on pourrait adresser le reproche d'être bien artificielle et incomplète. Nous n'avons eu d'autre prétention que de réunir en un tableau d'ensemble les cas observés par nous.

Nous les exposerons dans l'ordre suivant :

A. — *Cas de délires successifs dans la même forme d'aliénation.*

OBS. I et II. — Dégénérescence mentale.
Délire de persécution, puis délire mystique.

B. — *Cas dans lesquels un état mental congénital et une névrose ou une psychose sont associés.*

OBS. III. — Faiblesse d'esprit avec aliénation coexistant avec de la lypémanie intermittente.

OBS. IV. — Faiblesse d'esprit coexistant avec un délire de persécution.

OBS. V. — Débilité mentale (bouffées délirantes mégalomaniaques) coexistant avec de l'épilepsie (épilepsie convulsive et vertigineuse et troubles psychiques consécutifs aux attaques).

C. — Cas de coexistence de plusieurs vésanies.

OBS. VI. — Folie circulaire. Délire de persécution.

D. — Cas de coexistence d'une vésanie et d'une névrose.

OBS. VII. (P. Garnier). — Epilepsie. Délire chronique de persécution. Délire mystique passager, consécutif aux attaques.

OBS. VIII. — Epilepsie convulsive et vertigineuse. Lymanie rémittente.

E. — Cas de coexistence d'une vésanie et d'un délire fébrile.

OBS. IX. Délire mystique et délire fébrile surajouté.

Nos observations sont toutes personnelles et recueillies à l'asile de Fains. Cependant nous avons voulu y joindre l'observation de P. Garnier, que nous avons déjà signalée plus haut et qui présente un grand intérêt. Au cours de notre thèse et dans l'index bibliographique, nous avons mentionné les noms de divers auteurs. Actuellement, les cas publiés sont nombreux; nous rappelons que la thèse de Dericq en renferme beaucoup et des plus variés.

A. — *Cas de délires successifs dans la même
forme d'aliénation.*

OBSERVATION. I (personnelle).

*Dégénérescence mentale. Délire de persécution,
puis délire mystique.*

M... Alfred entre à l'asile le 20 janvier 1892.

Il est tailleur sur verre, a une instruction toute primaire. A un frère qui n'est pas interné, mais qui est manifestement aliéné.

A l'asile, le malade est tranquille. Il raconte que, chez lui, il était bien malade, parce qu'il voyait et entendait des choses extraordinaires. Très souvent, il entendait le diable lui adresser des propos très grossiers ; pendant la nuit, le diable lui frottait les jambes avec des livres et le piquait avec une plume. D'autres fois, il entendait des voix dans son mur ; il y avait beaucoup de gens. Dans leur conversation, il distinguait le mot « franc-maçon ». On l'appelait lui-même franc-maçon. Une nuit il fut tout-à-coup réveillé par des mécaniciens qui montaient des machines dans sa chambre, et bientôt il sentit qu'on lui serrait la tête, malgré ses supplications. Le lendemain, pour que ces hommes ne reviennent pas, M... mit une pièce de 0 fr. 50 sur un petit tonneau qui se trouvait dans sa chambre. Quand

il rentra chez lui le soir, la pièce n'était plus à sa place. Ils l'avaient emportée, et le laissèrent dès lors tranquille.

Le malade se plaint de bourdonnements d'oreilles. Il entend quelquefois des voix pendant la nuit. Quand les voix vont commencer, il lui arrive d'entendre auparavant, « son petit grillon ». Mais il tâche de ne pas y faire attention.

M... prétend que c'est à la suite d'un coup reçu sur la tête, qu'il a eu une fièvre cérébrale et est devenu fou, dit que son ancien patron lui en voulait, le frappait et lui a brisé le crâne avec un tableau en chêne, il y a environ quinze ans. Actuellement les os de son crâne se lèvent et forment des bosses ; très souvent ils s'écartent d'un ou deux travers de doigt. Il se plaint de douleurs vives à la tête, à l'œil gauche et aux sourcils. Quelquefois il ressent de violentes douleurs, exactement semblables à celles qu'il a éprouvées lorsque le coup lui a été donné. Il veut intenter un procès à son ancien patron. Il entend journellement des voix de justice dire : « Tu es juste, et lui est une canaille ». La nuit il sent passer sur ses jambes des doigts et des feuillets de livres. Ce sont, dit-il, des voix mais qui ne parlent pas, ce sont des souffles. Enfin, voit quelquefois des boules de feu et se croit dans un jugement, condamné, appelé à souffrir.

A côté de ce délire de persécution, M... présente d'autres manifestations morbides, d'ordre mystique. Il dit qu'il a souvent des peurs, mais quand il a la précaution de prier Dieu, ses nuits sont meilleures.

Il raconte qu'il a vu la Sainte Vierge et les habitants du ciel au milieu d'une grande lumière. Ils lui ont dit de sortir de l'asile et de partir à Lourdes. D'après ce qu'il voit, « le royaume des cieux lui tient compagnie » mais la volonté seule

ne suffit pas. Il doit accomplir son beau dessein de pèlerinage.

M... se tient souvent à l'écart, dit des prières à genou, parle peu aux autres. Dit que la Sainte Vierge lui a révélé que s'il restait ici, il serait toujours fou et destiné à satisfaire des passions ignobles.

On lui a dit aussi que les médecins conjurent sa perte et le retiennent ici contre la volonté suprême.

Ecrit qu'il est chargé d'une mission divine, que Dieu n'est pas content du directeur ; il le sait parce que cela lui a été dit. On doit le mettre en liberté au nom de la foi, si on ne veut pas être réprouvé.

Le malade se montre quelquefois réticent ; refuse alors toute explication, « parce qu'on le lui a défendu ». Pendant ses récits, tantôt il est sérieux et parle d'un air de conviction, tantôt il est gai et rit de ses propres paroles. Un jour il a dit : « Ces choses là n'existent pas ; c'est mon esprit qui travaille » !

En somme, le malade M... est atteint du délire de persécution avec idées hypochondriaques, hallucinations de l'ouïe et troubles de la sensibilité générale. De plus, il présente un état mental, de nature mystique, consécutif au premier et le masquant en grande partie, actuellement. Ces deux délires sont sous la dépendance de la dégénérescence mentale, qui les domine tous deux et imprime aux conceptions un cachet spécial.

OBSERVATION II (personnelle)

Dégénérescence mentale
Délire mystique; délire de persécution.

Le nommé Ch..., employé des postes à Paris, entre à l'asile de Fains le 22 octobre 1895 avec le certificat d'admission suivant : « affecté de monomanie de la persécution ; devenu dangereux pour lui et pour son entourage. Fait des menaces de mort. Il est urgent de le renfermer à bref délai. (D^r Lescuyer).

Il nous paraît utile de transcrire ici les certificats de 24 heures et de quinzaine.

Certificat de 24 heures. — Est atteint de délire des persécutions avec crainte d'empoisonnement, hallucinations de l'ouïe, et troubles de la sensibilité générale. Accuse un de ses chefs d'avoir cherché par tous les moyens possibles à le compromettre et à se débarrasser de lui. Dit que depuis deux ans cet individu a empoisonné tous ses aliments liquides et solides, a essayé de le tuer dans son bureau par l'oxyde de carbone qui se dégageait d'un poêle ; qu'il a cherché à le faire arrêter, en mettant dans ses effets différentes correspondances pour faire croire à un détournement : qu'il a fait entourer son logement à droite, à gauche, en haut et au-dessous, d'agents chargés de le surveiller, et qui du dessous envoyaient des gaz au moyen d'une machine avec laquelle ils décomposaient des pilules d'acide et d'oxyde. Affirme que ses chaussures sont brûlées par les acides lorsqu'il marche sur les pavés de Paris et de la Meuse qui

sont minés. Accuse sa mère et son frère d'avoir voulu l'empoisonner aussi. Dit que la nuit il ne dort pas, qu'il ressent des spasmes, des douleurs, des brûlures, qu'il reçoit des coups sur le thorax, qu'il entend dire autour de lui : « Il est dur, cela ne lui fait pas grand'chose ; on ne peut pas l'achever. Quel type ! » (D^r Charuel).

Certificat de quinzaine. — Est atteint de délire des persécutions avec idées prédominantes d'empoisonnement. Hallucinations de l'ouïe, troubles de la sensibilité générale et interprétations délirantes. Dit que depuis trois ans, on cherche à lui porter préjudice par la médisance et la calomnie, que l'on parle de lui à mots couverts, que tous ses actes et toutes ses paroles étaient répétées à ses chefs, que la police le suivait.

Tendance aux idées ambitieuses. Suppose que c'est grâce à l'intervention de Dieu et du prince d'Orléans, s'il n'a pas succombé aux tentatives d'empoisonnement dont il a été victime. (D^r Gallopain).

Voici maintenant l'histoire pathologique du malade : Ch... a habité longtemps Paris (depuis 1890 jusqu'à l'époque de son internement, 8 octobre 1895). En tant que commis des postes ambulantes, il restait peu chez lui.

En 1891, il commence à s'apercevoir que des personnes le suivent dans la rue, cherchent à savoir ce qu'il fait, où il va. Un jour, il accoste une de ces personnes et l'invite à monter chez lui pour qu'elle satisfasse sa curiosité, voie ce qu'elle veut y voir et le laisse ensuite tranquille. A la fin de 1891, ou au commencement de 1892, un vol est commis à la poste ; on ne retrouve pas l'auteur, et alors les soupçons ont dû, dit-il, se porter sur lui. Les gens qui le suivent, l'épient, ce sont des policiers. Ses jours de repos, il reste chez lui, s'occupe

de chimie, écrit en prose ou en vers. Il a dit-il, chez lui, un tas de travaux qui datent de cette époque. Il eut des difficultés avec son frère, refusa de le voir. Son chef de brigade et un autre employé son collègue parlaient souvent ensemble de lui, mais sans jamais le nommer pour ne pas se compromettre. Son chef un nommé M. P..., pour éviter de l'appeler par son nom, l'appelait le Juif (Ch... est de religion catholique). Le P... et l'autre employé nommé Li... ont à maintes reprises, essayé de se débarrasser de lui en lui tendant des pièges où sombre-rait son honnêteté ; un jour, Ch... trouva parmi des lettres, une pièce de 0, fr 50 centimes qu'ils y avaient égarée à dessein ; à plusieurs reprises il les a vus rôder près de son pardessus dans l'intention d'y placer des objets pour l'accuser ensuite de détournements.

Cela dura ainsi jusqu'en 1895. Il évitait de sortir pour ne pas rencontrer les gens de la police qui le suivaient dans ses déplacements continuels de commis des postes ambulantes. Il évitait de dormir bien qu'à plusieurs reprises on ait essayé de l'endormir ; une fois notamment, il se réveilla en sursaut, et il vit auprès de lui, dans le compartiment réservé aux postiers, son collègue L... qui avait une attitude embarrassée, comme quelqu'un qui veut mal faire ; et il croit que son collègue allait lui faire respirer de l'éther, quand son réveil a empêché L... de commettre sa mauvaise action. Par deux fois son chef P... a voulu le faire arrêter, une fois notamment à Châlons ; mais il n'en a pourtant rien été. Pour cela, P... avait glissé au départ de Paris une fiole de poison dans la poche de derrière de son habit, à lui Ch... Le malade l'a bien sentie dans sa poche mais il ne l'a pas sortie, de peur que ses collègues ne la vissent et qu'on ne l'arrêtât sur le champ. Pendant tout le long du voyage

il s'attendait à être arrêté à Châlons. Cependant il n'en fut rien. Mais alors cette fiole n'était plus dans sa poche ; P... avait dû la retirer et renoncer à son projet, qui n'était pas assez sûr.

Pendant ces quatre années, Ch..., fut ainsi en but à de nombreuses machinations provenant soit de la police, soit surtout de son chef P..., aidé par son collègue L...

En 1895, il commence à entendre des bruits confus dans les oreilles et une nuit il entendit qu'on le traitait de « crapule », de « cochon ». Il pensa que c'étaient des voisins qui lui parlaient ainsi. Il se leva, mais il n'y avait pas de lumière chez ces derniers, avec lesquels d'ailleurs il n'avait jamais eu aucunes relations, bonnes ou mauvaises.

Puis les voix parurent venir de sous le lit ou de sous le plancher. Ces voix étaient constamment injurieuses. En même temps il eut des secousses dans les membres comme si on l'électrisait. On lançait de mauvaises odeurs dans sa chambre, du soufre brûlé, des vapeurs d'acide azotique. Il a cru d'abord que les voix étaient celles des policiers, qu'on faisait des expériences sur lui à l'aide de ces mauvaises odeurs. Il avait en outre souvent une sensation de brûlure à la plante des pieds. Il pense qu'on versait de l'acide sulfurique sur son plancher et dit que ses souliers (qu'il nous a montrés) avaient eus la semelle racornie par cet acide, si bien qu'une fois cette semelle traversée, ses pieds étaient à leur tour atteints par l'acide. Actuellement il interprète différemment ces phénomènes et reconnaît qu'alors il avait mal conclu.

Tous ces phénomènes Ch..., les explique aujourd'hui (7 octobre 1896) en disant qu'ils sont d'ordre divin. C'est Dieu qui l'initiait. Il en a la preuve dans des phénomènes qui se passaient à la même époque : d'abord, ses essais littéraires qui devinrent

toujours meilleurs, sa poésie était plus abondante et plus facile. Il a fait des choses tellement bien qu'il se reconnaît incapable de les avoir faites lui-même, si on n'admet pas qu'il fût inspiré. D'autre part, si les voix étaient souvent injurieuses, elles ne l'étaient pas constamment. C'est sous cette inspiration et obéissant à une force contre laquelle il essaya, mais en vain, de lutter, qu'il écrivit une lettre à la princesse Lœtitia d'Orléans pour la demander en mariage, une autre à la princesse Hélène dans le même but. Il savait bien que la princesse d'Orléans venait de se marier au duc d'Aoste, que ce qu'il demandait était absurde, mais son bras obéissait à une force supérieure et il n'en était plus le maître. C'est Dieu qui lui commandait, et toujours poussé par cette force supérieure dont il ne se rendait pas compte alors, il envoya les lettres en les recommandant à la poste, après avoir fait de nombreux brouillons. C'est également à la même inspiration qu'il doit l'interprétation des phénomènes particuliers qu'il ressentait à cette époque et qu'il ressent encore. A-t-il une sensation dans l'âme, cela veut dire Hélène, le même phénomène se passe-t-il dans la cheville, c'est qu'il doit penser à la cheville ouvrière. Si c'est dans le cou de pied, il interprète cela de la façon suivante : « Si tu ne te tiens pas tranquille, tu vas recevoir un coup de pied ».

Mais parallèlement à cette transformation de l'interprétation délirante primitive, subsiste une série de faits vis-à-vis desquels son interprétation n'a jamais varié. Son chef et son collègue continuaient la série de leurs persécutions; ils ont, à nombreuses reprises, essayé de l'empoisonner. Son chef avait comme complice le restaurateur chez lequel il mangeait à Paris et le dernier mois de son séjour dans cette ville, il n'a presque jamais pu toucher aux aliments qu'on lui servait : tout était em-

poisonné, le vin, le pain, les mets et s'il n'a pas succombé, il le doit à la force divine qui le soutient. Son collègue était allé demander à l'hôpital du Midi un réactif qui était contenu dans des flacons violets et jaunâtres. Il voulait voir à l'aide de ces réactifs si Ch..., était atteint de « syphilis primitive ».

En même temps, les hallucinations de l'ouïe étaient tellement fréquentes qu'elles lui rendaient tout travail impossible : c'étaient des injures, des encouragements, des choses indifférentes, quelquefois on aurait dit une trompette appuyée contre son oreille.

Il alla alors chez ses parents à Verdun, mais là il y trouva son frère qui continua l'œuvre de ses persécuteurs. Il commença par l'ennuyer par des propos inconvenants, tourna son père contre lui, et enfin essaya à maintes reprises de se débarrasser de lui par le poison.

C'est à ce moment que Ch... fut interné. Mais auparavant, le 30 juillet 1895, il avait appris, à la suite d'hallucinations, qu'il était l'incarnation de Jésus-Christ et avait changé d'interprétation au sujet de son délire précédent, cela consécutivement à ses hallucinations.

A l'asile, il a eu plusieurs hallucinations de la vue : une première fois à l'infirmerie où il était en traitement pour la diarrhée, il a vu Ste-Jeanne, « qui n'est autre que Jeanne d'Arc » au plafond de la salle toute armée et casquée, qui lui a souri. Il l'a vue une autre fois de la cour du quartier dans les nuages. Il a vu deux fois Dieu le père, une fois le visage dur, sévère, une autre fois souriant. Dieu était dans les nuages.

Au point de vue de ses hallucinations et de son délire, il est nécessaire de faire une division assez tranchée. Dans un premier ordre de faits, Ch... présente un délire mystique et méga-

lomaniaque. Il entend St-Michel, reconnaissable au timbre de sa voix toute masculine, mais beaucoup plus souvent Ste Jeanne qui lui parle en général dans l'oreille gauche et enfin quelquefois Dieu le père lui-même. Ces voix le renseignent sur des événements passés. C'est ainsi qu'il a appris que dès le début de ses troubles, il était en voie d'initiation, et que maintenant il est l'incarnation de Jésus-Christ. Comme tel, il a pu résister aux nombreuses tentatives d'empoisonnement. Il prétend (septembre 1896), pouvoir vivre en ne buvant que de l'eau. Il a appris par les voix (26 octobre 1895) que la Comtesse de Paris était à l'asile (il a demandé à la voir et à lui parler). Ces voix le renseignent sur sa conduite présente, le guident, elles lui enseignent enfin parfois quelques-uns des événements qui lui arriveront et le mettent en garde : à telle époque il sera malade, par exemple.

C'est peut-être sous l'influence de ces voix qu'il a écrit pour demander au Président de la République la grâce de l'assassin L... condamné par la cour d'assises de la Meuse, qu'il dit avoir connu dans un cercle de jeunes gens à Verdun, et qu'il prétend n'avoir jamais commis le crime pour lequel il a été condamné. C'est pénétré de l'innocence de L... qu'il a écrit, mais ce ne sont pas les voix qui lui ont commandé de s'adresser au Président de la République. « Le crime de L... n'est qu'une invention des journaux ». Quelquefois ces voix lui donnent des ordres contradictoires, lui racontent des choses matériellement fausses. Mais c'est, dit-il, pour l'éprouver.

Ces voix lui disent assez souvent des insultes et des grossièretés : Ste Jeanne notamment, qui va quelquefois jusqu'à lui dire des obscénités, elle le traite quelquefois de « couillon ». Hier, elle lui a dit qu'il allait devenir bossu, qu'on allait lui en-

lever un testicule, et qu'il avait semé des enfants partout où il était passé.

Il rapporte à la même origine divine la plupart de ses troubles de la sensibilité générale. Ce sont des avertissements, des guides de sa pensée. Nous l'avons vu plus haut, une sensation dans l'âme lui rappelle l'idée d'Hélène, etc. Il se sent parfois comme électrisé, mais c'est une communication divine.

Sous l'influence de ces troubles divins, il n'est pas le maître de son bras : c'est ainsi qu'il écrit malgré lui ; que récemment dans une lettre à sa famille, il n'a pas pu s'empêcher de parler de son incarnation, bien que sachant qu'on ne le croirait pas. Il aurait voulu effacer ensuite qu'il n'aurait pas pu.

A côté de ce délire mystique, vit de sa vie propre un délire de persécutions.

Son frère est à l'asile où il continue son œuvre contre lui, il n'est autre que le gardien S... Il a mis longtemps à s'en apercevoir ; mais depuis quelque temps, ses aliments étaient parfois empoisonnés ; cette semaine notamment, ils l'étaient presque tous les jours. Maintenant d'ailleurs il reconnaît très bien les traits de son frère dans ceux du gardien S..., et il se demande comment il a pu vivre si longtemps près de ce dernier sans s'en apercevoir. Ce ne sont pas d'ailleurs des voix qui lui ont fait trouver cette ressemblance.

Ce délire de persécution qui avait été très-marqué à l'entrée du malade à l'Asile, puis avait été en partie masqué par le délire mystique, a reparu depuis. C'est ainsi que, le 1^{er} septembre 1896, Ch..., a traité le gardien de « crapule, canaille », a essayé de le fuir en quittant le quartier. Il ne reproche au gardien ni insultes, ni menaces, mais il est persuadé que c'est son frère venu à l'Asile pour achever son œuvre néfaste.

D'ailleurs ces deux formes délirantes se mélangent dans certaines conceptions du malade. Le père de Ch... est l'incarnation du Saint-Esprit : son persécuteur ; le gardien S..., est l'incarnation de Satan. Son autre persécuteur, son frère, est l'incarnation de Lucifer. Satan et Lucifer sont deux parties de Dieu le père, Satan qui commande à Lucifer étant une partie plus forte de ce même Dieu.

Ce sont les voix qui l'ont renseigné à ce sujet.

D'autre part, Ch..., s'est aperçu sans le secours des voix, mais par l'observation de certains faits, que certains nombres représentaient certains individus à la façon dont les équivalents chimiques représentent des corps. Ainsi les chiffres 9 et 5 ou 14 le représentent, 7 c'est le chiffre de son frère, 6 est le chiffre du Saint-Esprit.

Pas de troubles somatiques. Sensibilité générale intacte, pas de rétrécissement du champ visuel ; anesthésie pharyngée.

Juillet 1898. — Même état. Hallucinations constantes de l'ouïe Dieu ou les Saints lui dictent sa conduite. Sous l'influence de ces hallucinations, il refuse parfois l'alimentation, il doit être nourri à la sonde. Il y consent volontiers, en disant : vous « attendez à ma liberté ! c'est votre affaire ; je ne serai pas responsable ».

Dit que des voix, parmi lesquelles il reconnaît celle de son frère, le menacent, l'injurient ; se plaint par moments qu'on veuille l'empoisonner.

Urine quelquefois dans son pantalon et contre les murs de la salle. Se fâche quand on lui fait des reproches et dit qu'il a peur d'être « fornicqué par le Saint-Esprit, qu'il en a été menacé ».

Le malade Ch..., a un frère, alcoolique invétéré, interné déjà

quatre fois à Fains, et un cousin-germain, mort paralytique général à l'asile.

Le malade Ch..., est donc un dégénéré héréditaire qui présente deux états mentaux différents : d'abord un délire chronique de persécution ; en second lieu, des idées mystiques apparues plus tardivement. Ces deux états se mélangent dans certaines conceptions du malade. Le délire mystique paraît actuellement masquer le délire de persécution ; mais ce dernier reparaît quelquefois par périodes, bien indépendant du délire mystique.

B. — *Cas dans lesquels un état mental congénital et une névrose ou une psychose sont associées.*

OBSERVATION III (personnelle).

Faiblesse d'esprit avec aliénation. Lypémanie intermittente.

P... Théophile, entre à l'asile le 1^{er} août 1894.

C'est un homme de 36 ans, de constitution robuste. Deux de ses cousins et cousines germaines auraient présenté des signes d'aliénation mentale, sans avoir été internés. Lui-même, pendant son service militaire, chercha à plusieurs reprises, à désertier. Poursuivi devant un conseil de guerre, il fut acquitté en raison de ses troubles cérébraux. Il sait lire et écrire.

P... est avant tout un faible d'esprit. Son visage exprime la satisfaction. Il rit fréquemment seul et dit des puérilités.

Il cause très volontiers. Il est cependant incapable de tenir une conversation, car il fait sans cesse des réponses qui n'ont aucun rapport avec les questions. Il revient toujours sur les mêmes conceptions absurdes. Il dit, par exemple, qu'il a beaucoup voyagé, qu'il a été partout, même là-haut (en désignant le ciel), et que dans ses voyages, il a su qu'il fallait à tout prix niveler la terre; si elle est accidentée, c'est de la faute des émigrés.

P... ajoute qu'il est surnaturaliste, qu'il est plus que Dieu et la famille de Jésus-Christ, qu'il est riche et surriche, qu'il a un château où habitent vingt-quatre ménages, qu'il a des droits de surnature, et qu'il va changer tout, car avec le haut, on change le bas, etc.

« Le terrain montagnard ne vaut rien et il faut combler les vallées; de même le train des équipages est un mauvais train. Il faut tout casser, car ce sont les émigrés, qui ont inventé les armes ».

A côté de ce délire de débile, de faible d'esprit, il y a un autre élément : la lypémanie. P... est sujet à des accès intermittents de lypémanie stupide. Au début des accès, il se sent courbaturé se plaint de maux de tête, se dit incapable de tout travail et bientôt est complètement égaré, dans un état de stupeur, qui dure généralement un jour ou deux.

C'est ainsi que récemment, il est allé dans une pièce écartée, s'est déshabillé en partie et s'est couché sous une table se figurant être dans son lit. Ramené au quartier, il n'avait plus conscience de ce qui venait de se passer, ne répondait pas aux questions et ne paraissait pas les comprendre.

Il avait déjà eu un accès de lypémanie absolument semblable en 1896, et aussi en 1897.

L'analyse clinique des symptômes présentés par le malade P... nous permet donc de conclure que c'est un faible d'esprit aliéné, proche de l'imbécile, qui est en outre sujet à des accès de lypémanie très nets, tout à fait passagers et irréguliers.

OBSERVATION IV (personnelle).

Délires associés. Faiblesse d'esprit. Idées vagues de grandeur. Idées de persécution.

P... Virginie, entre à l'asile en 1884, âgée de 49 ans. Elle est, au dire de ses parents, atteinte d'aliénation mentale depuis 1877, mais depuis au moins quinze ans, ils seraient obligés de la garder avec beaucoup de peine.

Elle est d'ailleurs d'une famille de faibles d'esprit. Dans la famille, dit une des personnes qui l'accompagnent « il faut peu de chose pour les troubler ». A eu un parent interné à l'asile.

La malade est d'une bonne constitution; elle a atteint la ménopause et était peu réglée.

Les idées de persécution forment le fond de son délire. Ce délire de persécution est caractérisé par l'absurdité des conceptions. Ces conceptions bizarres sont très variées. Napoléon I^{er} l'aurait fait asseoir sur ses genoux et l'aurait rendue

enceinte. Les Prussiens auraient tué ses quatre enfants (elle n'a jamais été mère) les coupant en morceaux et les jetant ensuite dans un puits. Ils auraient martyrisé sa mère, son frère.

Mais par moments, elle aurait eu des accès plus dangereux. En 1881, elle s'est relevée la nuit pour frapper son frère de deux coups de couperet. En janvier 1884, elle courait sur son neveu, armée d'un couteau. Elle jetait son vase de nuit à la figure de sa voisine. Entre autres actes délirants, elle avait fait dire des messes pour le repos de l'âme de sa mère, celle-ci étant encore vivante.

A son entrée à l'asile, elle présente un état général de trouble et d'excitation. Elle prétend connaître le personnel et donne à chacun le nom de personnes qu'elle aurait déjà vues. Son intelligence paraît très faible. Elle est bruyante et désordonnée. Se querelle avec les autres malades qu'elle accuse de lui avoir volé ou tué ses enfants. Se plaint d'être assassinée et étranglée toutes les nuits ; dit qu'elle est entourée d'écorcheurs qui veulent « lui arracher la chair d'après les os » : Crie « Au secours ! Aux gendarmes ! » A chaque visite, renouvelle ses plaintes et ses importunités. Raconte qu'elle meurt de faim, parce qu'on la force à manger du cadavre humain. La soupe est du bouillon de chien crevé et le pain a été frotté sur les morts.

Prend la sœur de son quartier pour la mère du médecin-adjoint. L'appelle « la Chérotte ». Dit qu'elle est tourmentée par des gens « douane » (Demeurait dans un village situé dans zone douanière).

Nous sommes donc ici en présence de conceptions et d'hallucinations chez une faible d'esprit, fort incohérentes, il est vrai,

et le plus souvent absurdes, mais qui n'en constituent pas moins une sorte de délire de persécution.

Peu à peu, sans que le fond de ce délire change, des idées de grandeur s'y sont surajoutées. Il ne s'est passé rien de comparable à ce que nous voyons chez les persécutés chroniques types, il n'y a pas de période ambitieuse.

Les idées de grandeur de la malade présentent la même absurdité évidente que ses idées de persécution ; elles ne sont pas en rapport logique avec ces dernières. Ce sont seulement deux aspects divers du délire d'une faible d'esprit.

Elle dit par exemple, qu'elle a un château d'or, réclame sans cesse sa sortie pour aller l'habiter. Dit qu'elle a chez elle de très beaux vêtements et des coffres remplis d'argent, tandis qu'ici on ne l'habille que de loques. « Faut-il se voir traiter de la sorte quand on est aussi riche que moi ! » Dit, en désignant les bâtiments et jardins : tout cela est à moi ». « Je suis chez moi ». Se plaint de ce qu'on lui donne pas assez de lait à boire. Pourtant, dit-elle, les vaches lui appartiennent.

Etat en 1898. — L'état physique est toujours bon. La malade se plaint de tout, dit qu'on la frappe la nuit, qu'on la brûle, qu'on veut l'écorcher. Souvent manifeste des idées de grandeur, retombe presque aussitôt dans son délire de persécution, se dispute volontiers ; appelle les personnes « vieux gueux », « vieux chien ».

Se porte très bien et se plaint d'avoir mal à l'estomac et à la tête, d'avoir la gorge brûlée. Dit qu'elle est très malade, manque de rectitude dans tous ses jugements, obéit dans toutes ses déterminations à des motifs mal appropriés ; chez elle, rien de coordonné.

Nous concluons cette observation en disant que P... est

une faible d'esprit, aliénée depuis l'âge de vingt-six ans, présentant d'une façon constante des idées vagues de grandeur, et surtout des idées de persécution, ses conceptions ont un caractère d'absurdité dû à la débilité intellectuelle qui a favorisé leur éclosion.

OBSERVATION V (personnelle).

Délires multiples.

*A. — Débilité mentale (bouffées délirantes
mégalo-maniaques).*

*B. — Epilepsie. Délire hallucinatoire après les attaques
indépendant de l'épilepsie.*

Le nommé G..., âgé de seize ans, entre à l'asile le 4 septembre 1897.

Ce jeune homme est signalé comme épileptique. Il demeurait comme enfant assisté, à l'hôpital de Saint-Mihiel. A la suite d'une attaque, il a porté deux coups de couteau à un hémiplégique couché dans un dortoir. On a dû l'interner.

Il nous déclare en arrivant à l'asile, que quand il tombe « il a des rêves dans la tête » ; « que quand il est venu à Paris avec un infirmier, il a sauté en bas de la cathédrale sans se faire de mal ».

Octobre. — Depuis plusieurs jours, a eu une série d'attaques, il a donné un coup de poing à un malade voisin, et étranglé un corbeau apprivoisé de son quartier. Prétend que c'est une sœur

de l'hôpital de Saint-Mihiel qui lui a dit que ce corbeau était à elle et qu'il pouvait le tuer.

Il essaie aussi de tuer un chat, disant qu'il ne les aime pas depuis que son frère lui avait fait croire que sa mère était changée en chat pour garder le porte-monnaie dans la cave.

1898. — Présente toujours des instincts de méchanceté en temps ordinaire. Est facilement irritable, même longtemps après ses attaques.

Manifeste quelques idées de grandeur absurdes. Dit que le Président de la République lui parle quelquefois. Un jour étant à Paris, il l'a rencontré, et le Président lui a fait faire un tour de promenade avec lui.

Août. — Présente des hallucinations de l'ouïe. Le lendemain d'une attaque prétend que Dieu lui a parlé et lui a promis qu'il serait le maître du monde; il montera au ciel à l'aide d'une échelle.

Dit qu'un jour l'infirmier l'avait poussé dans le vide et l'avait fait tomber de la tour Eiffel, il ne s'est pas fait d'autre mal qu'une légère égratignure.

Nous nous sommes souvent demandé, si ce délire apparu après un attaque, n'était pas un simple équivalent psychique de l'épilepsie. Pour élucider ce point, nous interrogeons le malade quelques jours plus tard. Il nous répétait ce qu'il nous avait déjà dit, il en avait conservé un souvenir exact, et cela n'avait rien de commun avec le morbus sacer.

Nous avons donc là un délire multiple, constitué par deux éléments distincts : d'abord l'épilepsie avec attaques parfaitement caractérisées et en second lieu la faiblesse d'esprit, produisant le délire bien connu des dé-

biles et indépendant du premier, sans amnésie ; ce délire est constitué par des idées négalomaniaques, de divers ordres, éclatant par bouffées et disparaissant avec la même rapidité qu'elles éclosent.

C. — *Cas de coexistence de plusieurs vésanies.*

OBSERVATION VI (personnelle).

Folie circulaire. (Idées de négation et d'énormité pendant la période de dépression. Délire de persécution).

La nommée D... Marie-Julie-Angèle, entre à l'asile de Fains en février 1892, sans autres renseignements que les suivants : « a fait en 1871 une chute sur la tête, de la hauteur d'un étage. Depuis elle a, à la moindre contrariété, des accès d'agitation ; au début les accès étaient à longs intervalles. Depuis quelque temps, ils sont plus rapprochés et s'accroissent, son sommeil est troublé ; elle rêve qu'on veut l'empoisonner ; elle se dispute avec des êtres imaginaires ».

Depuis son entrée la malade a présenté plusieurs accès d'agitation maniaque à forme circulaire, des alternatives de violente excitation et d'un état presque stupide. Elle invective le personnel, fait des menaces, des récriminations, se livre à quelques actes de violence. C'est la circulaire dans toute sa méchanceté.

Dans les moments de calme relatif elle travaille régulière-

ment, chante, se montre gaie, loquace. Dit que pour rien au monde elle ne voudrait retourner auprès de son mari, qui l'a fait tant souffrir. Elle sera certainement très riche un jour et tout ce qu'elle a, elle le donnera à l'asile. Dit qu'elle va écrire au Président de la République pour qu'il fasse justice. Demande s'il est vrai qu'elle a empoisonné certaines personnes de la maison ; on le lui avait répété cent fois dans son pays. Dit qu'elle voyait quelquefois la nuit, des bêtes de toutes sortes qu'elle avait peur d'être étranglée par son mari ; qu'un jour, une personne s'étant noyée, on l'avait accusée de l'avoir jetée à l'eau.

Pendant un an, cette femme reste dans cet état d'excitation, pendant lequel ses paroles témoignent d'anciennes hallucinations de la vue et de l'ouïe. Brusquement, en mars 1893, elle tombe tout à coup dans un état de dépression mélancolique très prononcé. Elle se donne à présent comme une grande coupable, une grande criminelle. Il n'y a point de remède pour la sauver. Elle refuse toute nourriture et doit être nourrie à la sonde œsophagienne.

Ces périodes de dépression anxieuse se reproduisent plusieurs fois, avec des intervalles de plusieurs mois.

Nous l'observons pour la première fois en juillet 1897. La malade est en pleine excitation ; elle se plaint sans cesse, fait des menaces, brise des carreaux. Au bout de quelques mois, elle est plus calme et travaille.

En juillet 1898 (25 juillet), commence une période de dépression, au cours de laquelle, nous allons voir apparaître des idées de négation et le délire d'énormité.

Ne mange presque pas. Dit qu'il ne faut pas lui donner autant

de nourriture, parce qu'elle ne pourra pas passer par le trou d'une serrure.

Ne fait aucun mouvement ; ses traits sont inertes, ses yeux fixes. Le regard est anxieux.

Dit : « Je suis ressuscitée, je ne mourrai plus jamais. On m'a fait tout le mal possible et je ne suis pas morte. Je suis éternelle... Je ferai mourir tout chacun... J'ai peur d'eux et ils ont peur de moi... »

Et deux jours plus tard : « Je n'ai plus de langue, ni de bouche... Il n'y a plus personne, personne,... Je suis perdue,... personne !... »

«... J'ai perdu tout l'univers, parce que j'ai écrit des lettres qui ont mis le feu partout... »

Août. — Les idées d'énormité continuent... « Je suis dans les animaux féroces... jamais personne ne sortira plus de la maison... je ne sais plus ce que je fais ni ce que je dis... »

Dit qu'elle a vu des serpents se précipiter sur elle. En témoigne une vive terreur.

Le 20 août, l'état mental de la malade est un peu meilleur. La fin du stade de mélancolie avec des idées de négation et d'énormité est prochaine.

Pendant ses périodes d'excitation, D..., retombe chaque fois dans ses idées de persécution ; elle dit qu'on la maltraite, qu'on l'appelle vache, qu'on l'accuse d'être une empoisonneuse ; on lui dit qu'elle a coupé les chênes de la forêt voisine de son village. On l'appelle « la voleuse », on a dit qu'elle avait mis le feu partout.

En somme, on l'insulte continuellement. Etant chez elle, elle a entendu la femme d'un boucher dire qu'on l'enterrerait dans un réservoir renfermant le sang des animaux tués.

Ces idées de persécution existent aux deux périodes de la folie circulaire ; elles sont simplement masquées par le stade de stupeur. Mais dès que l'excitation commence à reparaitre, D..., raconte à sa façon ce qui s'est passé *pendant qu'elle était en stupeur*. Elle dit que la sœur cherchait alors à l'empoisonner, que les gardiennes la traînaient dans la cour par les pieds, qu'on lui avait donné tant de coups, qu'elle avait des bosses énormes sur la tête. Les aliments empoisonnés qu'on lui donnait la brûlaient. On avait le dessein de la brûler vive dans son lit, comme son mari avait essayé déjà de le faire autrefois chez elle. On donnait à boire à d'autres malades pour les exciter à la frapper.

Nous expliquons cet état par la coexistence de deux formes mentales différentes : la folie circulaire et le délire systématisé de persécution. Pour un observateur qui ne serait pas à même de suivre la malade, il n'y aurait qu'un diagnostic possible, celui de délire systématisé progressif.

D. — *Cas de coexistence d'une vésanie et d'une névrose.*

OBSERVATION VII (P. Garnier).

Coexistence chez un épileptique d'un double délire, l'un chronique, avec idées de persécution, l'autre passager et consécutif aux attaques

Le nom mé N. ., Charles, âgé de 51 ans, ouvrier couvreur, entre à l'asile Sainte-Anne, le 17 octobre 1874 dans le service de

M. Magnan. Il a été arrêté la veille, dans l'église Saint-Roch, au moment où il se déshabillait complètement en disant qu'il allait monter au ciel. D'après le certificat d'entrée ce malade a déjà été traité pour des idées de persécution avec hallucinations.

Dès les premières questions que nous eûmes à poser à N..., il fut facile de nous convaincre que nous avions affaire à un délirant persécuté. Au surplus, rien de bien particulier à signaler dans son attitude. Il ne semble point inquiet et c'est sans difficulté aucune qu'il répond à nos interrogations. Il nous raconte qu'il a à se plaindre de son fils qui a monté, dit-il, toute sa famille contre lui et lui a dérobé ses économies. D'après les renseignements que nous avons obtenus quelques jours plus tard par la fille du malade, ces griefs ne sont pas absolument imaginaires et N..., a bien eu, en effet, à souffrir des procédés de son fils à son égard. Il n'y a donc, en somme, dans cette partie de son récit qu'un peu d'exagération.

Depuis des années, il s'aperçoit qu'on l'interpelle dans la rue. Un jour, entre autres, il a entendu, en passant sur le boulevard Sébastopol : « On va te prendre ton argent. Tu es un avare... tu ne profiteras pas de ce que tu amasses... quand tu rentreras chez toi tu ne trouveras plus rien ».

A ce moment, il s'est retourné, afin de voir ceux qui lui adressaient ces paroles, mais il n'a vu personne.

N... assure très catégoriquement n'avoir jamais commis d'excès de boisson. Aucun tremblement du reste, soit de la langue, soit des mains. « Mais pourquoi, lui dites-vous, vous êtes-vous mis tout nu en pleine église Saint-Roch ? ». — Je ne sais pas ce que vous voulez dire —. « Comment vous ne vous rappelez pas être allé à Saint-Roch, avoir laissé vos vêtements, en di-

sant que vous vouliez monter au ciel ? » — Non, monsieur, je ne me souviens pas d'avoir fait rien de semblable ».

Sur cette réponse très nette, nous crûmes devoir donner à nos questions une direction particulière. Nous apprîmes alors qu'il arrivait quelquefois à notre malade d'uriner au lit, de se mordre la langue, d'éprouver des vertiges. A propos de ce dernier ordre de symptômes, N... Charles, en travaillant, a été précipité d'un échafaudage, sans qu'il ait été à même de comprendre comment cette chute avait pu se produire. « Vous avez eu, lui dîmes-nous, un éblouissement, un vertige ». — Je ne saurais pas vous renseigner. Je ne me suis souvenu de rien, l'on a dû me dire que j'étais tombé de mon échafaudage ; j'avais une blessure à la tête, mais ce n'était pas grave, c'est guéri maintenant ».

Nous trouvons en effet à l'occiput les traces de sa chute récente. A plusieurs reprises des accidents analogues sont survenus, et maintes fois, dans la rue, N... a été étourdi, dit-il, pendant un instant ne sachant s'il allait tomber, et pendant deux ou trois heures après ces vertiges il était comme hébété.

Quand il revenait complètement à lui, il lui semblait qu'il sortait d'un rêve.

Nous étions suffisamment renseignés sur ce que nous désirions savoir au sujet du morbus sacer. A n'en pas douter N... Charles est un épileptique.

Questionné au point de vue des antécédents héréditaires, notre malade nous apprit que sa mère avait eu des attaques d'épilepsie et comme nous insistions pour savoir si d'autres proches parents n'avaient jamais rien présenté de particulier. « Ah ! il y a une de mes tantes qui s'est pendue, parce qu'un

« jour, son mari, un ancien capitaine, était sorti sans mettre
« ses guêtres ».

Cet homme est encore revenu à l'asile le 12 mars 1880, à la suite de coups graves portés à une femme avec laquelle il vivait. C'est sous l'influence du délire de persécution qu'il a frappé cette fille et il s'empresse dès son arrivée de mettre en avant les griefs imaginaires qui l'ont poussé à cet acte de violence. Donc il s'est conduit ici comme tout persécuté aurait pu le faire, de même que le scandale de Saint Roch avait le cachet des actes inconscients de l'épileptique

OBSERVATION VIII (personnelle)

Epilepsie convulsive et vertigineuse. Lypémanie rémittente.

C... Elisabeth, âgée de quarante-cinq ans, entrée à l'Asile le 12 octobre 1895.

Antécédents héréditaires. — Une sœur a eu des accès d'épilepsie. Le père était alcoolique.

Antécédents personnels. — Depuis quatorze ans, la malade a des accidents épileptiques, attaques et vertiges qui se reproduisent environ tous les mois.

La femme C... a le caractère violent, explosif des épileptiques; après les attaques surtout elle est très irritable et devient grossière. Elle a souffleté et renversé à terre, à plusieurs reprises, une jeune malade de neuf ans, idiote inoffensive, sous pré-

texte que cette enfant l'agaçait en remuant. C... est méchante, gourmande et très personnelle. Elle se querelle très fréquemment avec les autres malades, et pour les motifs les plus futiles. A certains moments, il suffit qu'une malade la frôle en passant près d'elle pour qu'elle se mette dans une violente colère. Elle reproche aux gardiennes et à la sœur de faire de faux rapports contre elle pour empêcher sa sortie.

Cette épileptique est aussi une lypémaniaque. Elle parle souvent seule, dit que tout le monde se moque d'elle et qu'elle se coupera les artères, si on ne la fait pas sortir de l'asile. Elle avoue avoir souvent des idées de suicide ; étant chez elle, elle a voulu plusieurs fois se jeter par la fenêtre. Elle attribue son état à un traitement par des pilules de belladone qui lui avait été ordonné autrefois contre son épilepsie. Elle entend souvent des voix et en particulier celle de sa mère qui est morte ; elle croit voir aussi les personnes qu'elle entend.

C... dit que la religieuse du quartier a le don d'insinuation, et elle se plaint de la haine qu'elle lui a vouée.

Elle s'accuse de n'avoir fait toute sa vie que des bêtises ; elle dit qu'elle n'est qu'une pauvre malheureuse d'avoir trompé son mari. Un dimanche, son mari qui vient la voir très régulièrement chaque semaine, s'étant présenté trop tard et en léger état d'ivresse, on a dû lui refuser l'entrée de l'asile ; la femme C... a été alors agitée toute la semaine. Elle disait que son mari devait sûrement aller voir d'autres femmes, et elle regrettait de ne pas être en liberté pour pouvoir se jeter dans le canal.

C... se plaint de ce qu'« on ne l'aime pas et que tout le monde lui cherche des misères ». Tout récemment encore, à la suite d'une grande attaque d'épilepsie et de plusieurs vertiges,

elle s'est montrée difficile, irascible plus qu'à l'ordinaire, et enfin a manifesté des idées de suicide menaçant de se jeter à l'eau.

Il ressort de ce qui précède que la femme C... est une épileptique au caractère violent, et que sa névrose se double de lypémanie rémittente, parfaitement indépendante d'elle, avec idées de persécutions, hallucinations de l'ouïe, et menaces de suicide.

E. — *Cas de coexistence d'une vésanie et d'un délire fébrile.*

OBSERVATION IX

Délire fébrile à type maniaque surajouté à un délire mystique.

La nommée T..., Marie Scholastique, âgée de 56 ans, entre à l'asile le 14 juin 1895.

Cette femme était poursuivie sous l'inculpation de coups mortels. Un médecin expert fut chargé de l'examiner, au point de vue mental. Son rapport se terminait de la façon suivante. La femme T..., épouse J..., est atteinte « d'aliénation mentale ; le « plus ordinairement elle est douce, mais si elle a la plus petite « contrariété, ou si elle a pris quelqu'un en grippe, elle devient « dangereuse. En conséquence, j'estime qu'elle ne peut être

« considérée comme responsable de ses actes, et il est urgent de
« la faire admettre dans un asile d'aliénés, afin qu'elle puisse y
« recevoir les soins que nécessite son état mental (Dr Spiral). »

La malade, au moment de son entrée, manifestait un délire mystique, comme le constatait le certificat de 24 heures, ainsi conçu : « Est dans un état d'aliénation mentale caractérisé sur-
« tout par des idées délirantes mystiques. Est loquace, tient des
« propos étranges. Ne peut tenir en place, et fait des gesticula-
« tions lorsqu'elle parle. Dit qu'elle est l'Immaculée-Conception,
« qu'elle a des pouvoirs surnaturels ; qu'elle fait à son gré la
« pluie et le beau temps, qu'elle fait grandir les blés en élevant
« seulement la main, qu'elle est la messe, le tabernacle, qu'elle
« a vu la Sainte-Vierge dans sa jeunesse, qu'elle sent son bas-
« ventre se gonfler et qu'il faut être armé, quand de mauvaises
« personnes veulent regarder là ; tient les propos suivants :
« Quand un homme dîne après une femme, ça fait du mal. Il
« faut qu'elle reprenne l'eau après les hommes. L'eau, c'est son
« nez, c'est la Vierge, c'est sa petite fille ». (Dr Gallopain)

Dans les jours qui suivent, la malade est très loquace, tient des propos incohérents d'autant moins compréhensibles qu'ils sont exprimés par un mélange de patois lorrain et de français. S'anime en parlant, se lève, gesticule et paraît toujours contente d'elle-même. Fait quelquefois un peu de bruit la nuit, mais le plus souvent est assez calme. Se dit la Sainte-Vierge. Les fonctions physiques s'effectuent normalement.

Une semaine plus tard, la malade paraît moins délirante ; elle raconte qu'elle a été en prison pour avoir frappé son beau-frère avec un bâton : mais dit qu'elle ne l'a pas tué, puisqu'elle l'a vu se relever, et que s'il est mort, ce sont les autres qui l'ont achevé.

Tout en cherchant à expliquer son acte, elle n'en manifeste pas de regret.

La femme T..., s'occupe régulièrement de travaux d'aiguille. Elle est moins incohérente, mais toujours loquace et s'occupant de futilités. Elle paraît assez contente de son sort, dit qu'elle se plaît bien ici ; mais elle ignore depuis combien de temps elle s'y trouve, ne sait ni le mois ni le jour et ne s'en préoccupe pas.

Pas de modification du délire jusqu'en 1898. Au début de cette année, en mars, est atteinte de la grippe, s'alimente difficilement, ne prend qu'un peu de lait ; la température atteint 39°, le sommeil est presque nul.

L'état paraît très grave.

On entend de nombreux râles dans les poumons. La face est rouge, les yeux brillants, la physionomie égarée et mobile.

La malade qui auparavant parlait peu, divague, se montre loquace, a des hallucinations, répond à des voix. Elle croit voir « une bête dans le coin de sa chambre » et la désigne du geste.

La malade débite, sans exaltation, des propos incohérents. Elle ne reconnaît plus les gens. On a beau lui parler ; elle ne répond pas ou seulement par « oui » ou « non » et au hasard. Rien ne peut fixer son attention, rien ne peut la rattacher à ses habitudes antérieures ; mais les actes sont moins désordonnés que les paroles.

La malade n'est pas très agitée ; si on la pince, qu'on la pique, elle s'en aperçoit aussitôt ; à deux reprises elle fait mine de descendre de son lit ; la sensibilité n'est pas abolie.

Elle gémit lorsqu'on la fait asseoir pour l'ausculter, ses mains sont quelquefois animées de mouvements automatiques.

Quelquefois elle éclate de rire. Jamais ce délire n'a été furieux.

Il y a bien là les caractères de l'excitation maniaque d'origine fébrile.

Au bout d'une semaine la malade entre en convalescence. Dès le décours de la fièvre et le retour des forces, le délire fébrile disparaît.

Bientôt T... reprend ses travaux de couture comme auparavant. Elle est tranquille, parle rarement; elle est retombée dans son ancien délire mystique et de persécution, mal coordonné, qui n'a été en rien modifié par l'accès de grippe.

Remarquons que la température n'était pas en somme très élevée et ne permettait pas de prévoir l'apparition de ce délire; la fièvre n'a pas dépassé 39°. Il est naturel de penser que le délire fébrile a été favorisé par l'état d'aliénation antérieur, le cerveau de la malade présentant une moindre résistance aux toxines microbiennes. Quoi qu'il en soit, T... a eu un accès de délire fébrile, à type maniaque, tout à fait passager, et indépendant du délire mystique primitif auquel il s'était surajouté.

